



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADA AL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8-11 AÑOS

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA

ACEVES MARTINEZ MONICA ANGELICA

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MIRNA EDITH JIMÉNEZ NÚÑEZ



GENERACIÓN:
2020-2023



CIUDAD DE MÉXICO, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADA AL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8-11 AÑOS

DIRECTORA DE TESIS:



DRA. MIRNA EDITH JIMÉNEZ NÚÑEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MEDICO ADSCRITO A LA UMF NO. 20 VVALEJO

NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADA AL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8-11 AÑOS

Vo. Bo



DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.

NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADA AL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8-11 AÑOS

Vo. Bo.



DRA. DANAÉ PÉREZ LÓPEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20 IMSS.

NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADA AL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8-11 AÑOS

Vo. Bo.



DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 IMSS.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer:

A Dios por haberme permitido llegar a este nivel de estudios, que a pesar de las dificultades me dio fuerzas para no renunciar.

A mis padres por haberme incentivado a conseguir mis sueños, por el apoyo brindado en los días difíciles y que siempre tenían un consejo o palabras de aliento.

A mi hija que, aunque hubo días en los que le hice falta, siempre me esperaba al día siguiente para recibirme con alegría.

A mis amigos de residencia que han sido un pilar en esta etapa y que estuvieron presentes dándome fortaleza y apoyo incondicional cuando era necesario.

A la doctora Mirna Edith Jiménez Núñez por la dedicación y entusiasmo puesto en esta tesis brindando todas las facilidades para la recolección de datos en los niños y niñas de la Escuela primaria Londres; dedico también a ellos esta tesis, ya que sin ellos no sería esto posible

A las doctoras Santa Vega Mendoza y Danae Pérez López por compartir de su conocimiento, orientación y motivación para la realización de la misma así como mi formación académica durante estos 3 años.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por haberme permitido cursar esta especialidad tanto en mi sede como en las subsedes que nos recibían y nos brindaban de su apoyo en busca formar nuevos y mejores especialistas con vocación de servicio.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme recibido nuevamente como parte de su comunidad estudiantil y que ha estado pendiente en nuestra formación académica para completar de manera satisfactoria la especialidad en medicina familiar.

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN	11
MARCO TEÓRICO.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
OBJETIVOS.....	26
HIPÓTESIS.....	27
METODOLOGÍA.....	28
RESULTADOS	34
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES.....	42
LIMITACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS.....	46

RESUMEN

NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADA AL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8-11 AÑOS

Jiménez-Núñez M.¹ Aceves-Martinez M.²

1. Médico Familiar, adscrita a UMF 20, IMSS.
2. Residente de Medicina Familiar. UMF20, IMSS

Introducción: Actualmente el mundo se enfrenta a la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), para lo cual se ha decretado un periodo de confinamiento prolongado, con lo que se han presentado condiciones adversas en los hogares de los niños modificando la dinámica familiar por miedo al contagio generado en este grupo trastornos mentales como ansiedad y depresión. **Objetivo general.** Determinar la prevalencia de Ansiedad y Depresión asociada al confinamiento por COVID 19 en niños de 8 a 11 años. **Material y métodos:** Estudio transversal analítico en 70 niños y niñas de 8 a 11 años, de Escuela Primaria Londres con seguridad social IMSS; bajo asentimiento y consentimiento informado se aplicará encuesta con apoyo de los profesores y mediante formulario de google se aplicará instrumento de ansiedad (Scared) y de depresión (CDI) así como recabar datos generales de los niños. Estadística bivariada. **Resultados:** Se evaluaron 70 niños y niñas de 8 a 11 años, observando una media de 9.91+-1.087, hombres de 58.6% y mujer de 41.4%, edad de 11 años un 40%, 10 años el 25.7%, de acuerdo al grado un 30% fue de sexto grado y 27.1% de cuarto grado. Se percibió ansiedad leve en 51.1%, ausente en el 47.1% y moderada en 1.4%. Se percibe ausencia de depresión un 94.3% y presencia de síntomas en 5.7%. La asociación entre la presentación de ansiedad y la depresión ($p=.000$). **Conclusiones:** No se encontró ninguna significancia estadística de ansiedad y depresión con los factores sociodemográficos por lo que se rechaza la hipótesis nula, sin embargo no se acepta la hipótesis alterna ya que puede haber otros factores involucrados que no se tomaron en cuenta que pudieron presentarse durante la pandemia.

Palabras clave: Niños, Ansiedad, depresión, confinamiento, COVID-19.

SUMMARY

LEVEL OF ANXIETY AND DEPRESSION ASSOCIATED WITH CONFINEMENT DUE TO COVID-19 IN BOYS AND GIRLS AGED 8-11

Jiménez-Núñez M.¹ Aceves-Martinez M.²

1. Family Physician, attached to UMF 20, IMSS.
2. Resident of Family Medicine. UMF20, IMSS

Introduction: Currently the world is facing coronavirus disease 2019 (COVID-19), for which a prolonged period of confinement has been decreed, with which adverse conditions have arisen in children's homes, modifying family dynamics due to fear of contagion generated in this group mental disorders such as anxiety and depression. **General objective.** To determine the prevalence of Anxiety and Depression associated with confinement by COVID 19 in children aged 8 to 11 years. **Material and methods:** Analytical cross-sectional study in 70 boys and girls from 8 to 11 years old, from London Primary School with IMSS social security; under assent and informed consent, a survey will be applied with the support of the teachers and through a google form, an anxiety (Scared) and depression (CDI) instrument will be applied, as well as collecting general data from the children. bivariate statistics. **Results:** 70 boys and girls from 8 to 11 years old were evaluated, observing an average of 9.91+-1.087, men of 58.6% and women of 41.4%, age of 11 years 40%, 10 years 25.7%, according to the grade 30% was sixth grade and 27.1% fourth grade. Mild anxiety was perceived in 51.1%, absent in 47.1% and moderate in 1.4%. Absence of depression is perceived in 94.3% and presence of symptoms in 5.7%. The association between the presentation of anxiety and depression ($p=.000$). **Conclusions:** No statistical significance of anxiety and depression was found with sociodemographic factors, so the null hypothesis is rejected, however the alternative hypothesis is not accepted since there may be other factors involved that were not taken into account that could occur during the pandemic.

Keywords: Children, Anxiety, depression, confinement, COVID-19.

**NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADA AL CONFINAMIENTO POR
COVID-19 EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8-11 AÑOS**

Registro ante el Comité de Ética e Investigación: R-2021-3404-042

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales entre los niños y niñas se describen como cambios serios en la forma en que normalmente aprenden, se comportan o manejan sus emociones, lo que provoca angustia y problemas para su desarrollo como individuo. Los trastornos de salud mental se encuentran entre los más graves y costosos debido a su alta prevalencia, cronicidad, temprana edad de aparición y la grave discapacidad resultante. Por lo que deben ser considerados de igual trascendencia que cualquier otro trastorno crónico, para la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que un 3% de la población infantil padece depresión. La CDC reporta que el 7,1% de los niños de 3 a 17 años (aproximadamente 4,4 millones) han diagnosticado ansiedad.

La OMS, que calculó los costos de tratamiento y los resultados de salud en 36 países de ingresos bajos, medios y altos durante los 15 años que van de 2016 a 2030, bajos niveles de reconocimiento y acceso a la atención de la depresión y otros trastornos mentales comunes, como la ansiedad, resultan en una pérdida económica global de un billón de dólares cada año. La inversión en salud mental beneficia el desarrollo económico. Cada dólar invertido en la ampliación del tratamiento para la depresión y la ansiedad conduce a un retorno de 4 dólares en mejor salud y habilidad para trabajar. El tratamiento por lo general implica una psicoterapia o medicación antidepresiva o una combinación de los dos.

El confinamiento por COVID 19 se ha manifestado como amenaza para generar o exacerbar alteraciones mentales en niños y niñas. Esto se produce dentro de una dinámica familiar afectada por una crisis económica y social, ya que no se tiene una evidencia precisa de los efectos de la actual pandemia, los niños y adolescentes son una población vulnerable que requiere vigilancia e intervenciones de personal especializado.

MARCO TEÓRICO

Los brotes de enfermedades infecciosas han amenazado a la humanidad y han propiciado importantes cambios en la historia. Hace un siglo tuvo lugar una de las pandemias más mortíferas de la historia moderna, el brote de influenza de 1918 (conocida como “gripe española”), con más de 50 millones de personas fallecidas en todo el mundo. La mutación del virus formando distintas cepas propició posteriormente nuevas pandemias. Estamos viviendo una nueva crisis de salud pública que amenaza al mundo con la propagación del nuevo coronavirus del síndrome agudo respiratorio severo (SARS-CoV-2), responsable del COVID-19.^{1,2}

Con lo cual tuvo que tomarse medidas preventivas para evitar contraer el virus como el distanciamiento social y el confinamiento.³

El coronavirus y la COVID-19 son una amenaza de características complejas y de duración incierta que ha llevado a diversos países a una cuarentena obligatoria. Las repercusiones en el contexto social provenientes de la dinámica entre la amenaza (el virus) y las medidas preventivas (el confinamiento) ejercen una presión que en última instancia afecta al núcleo familiar. El confinamiento, por su parte, es una medida que ha generado grandes tasas de desempleo y carencia de sustento para los trabajadores independientes. Un largo periodo de cuarentena y la imposición de restricciones a la libertad son factores de riesgo de un mayor impacto psicológico. La familia ha sufrido cambios súbitos y de gran impacto durante la pandemia. Además, el confinamiento prolongado y el desempleo aumentan el riesgo de los padres de mayor consumo de alcohol y otras sustancias, maltrato de pareja, discordias familiares, maltrato infantil y abuso sexual. El confinamiento supone una convivencia continua con otras personas que exige cambio en la dinámica familiar. Las familias expuestas previamente a violencia intrafamiliar continuarán con un riesgo latente, y cuantas más dificultades

económicas tengan los maltratadores y mayor duración el aislamiento, más posibilidades para el maltrato. ^{4,5,6}

El grado de impacto y la manera en la cual responderán ante esta situación dependerá de varios factores, entre ellos la edad del niño. Se ha señalado el papel de la adversidad psicosocial en la etiología de los trastornos mentales. Hasta el momento los estudios sobre niños durante esta pandemia son escasos⁴

En los estudios realizados actualmente se ha encontrado diversas formas en las que se ha visto afectada la vida cotidiana de los niños, los menores de 2 años son capaces de extrañar a sus cuidadores habituales incluso de inquietarse y molestarse por la nueva situación. Los niños en etapa escolar o mayores pueden mostrarse preocupados por la situación, su propia seguridad y la de sus cuidadores, además de por el futuro. Por ello es posible que pregunten sobre lo que ocurre y por qué no es posible salir de casa. Ante una situación de estrés como puede ser la cuarentena pueden reaccionar de forma intensa o diferente a como lo harían normalmente. La ansiedad en niños y adolescentes puede manifestarse con conductas desafiantes. Es posible que la preocupación de los padres o cuidadores afecte a su capacidad para reconocer y dar respuesta a las señales de ansiedad de los niños. Se ha visto que los niños que han vivido una cuarentena durante enfermedades pandémicas son más propensos al trastorno de estrés agudo y de adaptación y al dolor (y el 30% cumplía criterios de trastorno de estrés postraumático) respecto a los que no habían estado expuestos.¹

El confinamiento además supone una convivencia continua con otras personas que exige cambio en la dinámica familiar. Las familias expuestas previamente a violencia intrafamiliar continuarán con un riesgo latente, y cuantas más dificultades económicas tengan los maltratadores y mayor duración el aislamiento, más posibilidades para el maltrato. Se han identificado más casos de depresión y

ansiedad en los adultos, que son factores de adversidad potenciales para los niños y adolescentes convivientes.⁷

El término cuarentena hace referencia a la separación y restricción de movimiento de personas que han sido expuestas a enfermedades contagiosas, o que se encuentran en riesgo de contagio, para de esta forma reducir el riesgo de transmisión de una enfermedad. Mientras que el aislamiento social depende, en muchos casos, de la voluntariedad de las personas, el establecimiento de cuarentena es de estricto cumplimiento. En la historia reciente existen al menos dos ejemplos de cuarentenas establecidas a causa de enfermedades infectocontagiosas. En el 2003, ciudades de China y Canadá impusieron periodos de cuarentena a causa del síndrome respiratorio severo agudo (SARS) y en el 2014 en África oriental se dispuso esta medida para contener el brote de Ébola.^{8,9}

El aislamiento social y su impacto en el bienestar emocional de los niños y niñas.

El Impacto en la salud mental se presenta a través de depresión, ansiedad, agotamiento, insomnio, preocupaciones psicosomáticas, frustración, desapego, confusión e ira. Esto desemboca en cambios de nuestro estado de ánimo y comportamiento: aburrimiento, mal humor, confusión, miedo al contagio, negación, ataques de pánico, reclusión, claustrofobia, mayor uso de sustancias de abuso y violencia doméstica.¹⁰

Puede haber alteración de los ritmos circadianos, debido a los cambios de hábitos y actividades diarias, sumado a esto la menor exposición a la luz natural y el uso de pantallas LED, especialmente al atardecer y de noche.¹⁰

Se presenta de igual manera alteración del sueño y complicaciones para dormir, debido a la monotonía y aburrimiento, la desincronización de nuestro reloj biológico y la falta de actividad física.¹⁰

Incertidumbre, sumado a las señales de amenaza que llevan a la angustia y ansiedad, que desemboca en estrés, tanto crónico como postraumático.¹⁰

Y finalmente, cambios en el funcionamiento de nuestro cerebro social, de vital importancia en niños y niñas.¹⁰

La interacción social es necesaria no sólo para ayudar a los niños a aprender valores culturales normas sociales o comportamientos socialmente aceptados sino también para ayudarles a desarrollar su bienestar socioemocional, que juega un papel muy importante en el desarrollo de relaciones duraderas.¹¹

Algunos estudios se hicieron en infantes. sobre los efectos del confinamiento en la salud mental de los niños, arrojó una cifra demoledora: el 88 % de los niños y niñas tiene algún signo de efecto en su conducta y rendimiento académico.¹¹

El cambio abrupto en la cotidianidad no ha sido fácil para los adultos, y mucho menos para los pequeños. Un adulto puede asimilar unos meses esta situación. Pero decirle a un niño que no va a poder ver a sus amigos por cinco meses o un año, es toda una vida.¹¹

Estos cambios en el comportamiento de los pequeños se presentan por la falta de contacto social con otros niños, por no tener suficiente movimiento ni ejercicio físico al aire libre, por la ausencia de actividades que estimulen su desarrollo y por las dificultades de adaptación a esta nueva realidad. En la etapa infantil, se favorece la adquisición de habilidades sociales, de lenguaje, motricidad fina y gruesa y del pensamiento simbólico. En la infancia se da la estructura y se inicia un método para que ocurra el aprendizaje, y este no sólo consiste en adquirir información académica. También incluye un aprendizaje motor, del lenguaje, socio-emocional... Este último, ha cobrado en nuestros días (incluso desde antes de la pandemia) una gran importancia como un aspecto central en el desarrollo integral de las personas. De tal forma, el confinamiento va a afectar en dos niveles.¹⁰

En el nivel afectivo-emocional, que abarca todo lo relacionado con la salud mental de las personas y que a futuro puede derivar en ansiedad, depresión, trastorno adaptativo o estrés postraumático.^{10,3}

En segundo nivel están las dificultades que el aislamiento traerá en el desarrollo y aprendizaje de los niños, principalmente de los más pequeños. Las experiencias de los primeros años tendrán un impacto con su carga genética, lo que determinará conductas posteriores, como el rendimiento académico, los logros laborales y las relaciones interpersonales. Las experiencias que viven en sus primeros años serán definitivas en la formación de las conexiones nerviosas de su cerebro, de sus comportamientos y, sobre todo, en la concepción que cada uno se forma del mundo. Por eso puede tener efectos irreversibles la ausencia de contacto con otros niños, de actividades que estimulen su interacción y desarrollo cerebral.³

Los trastornos mentales son una de las causas más significativas de discapacidad en el mundo y siguen creciendo en importancia contribuyendo a la carga mundial de morbilidad. Debido a que los trastornos mentales suelen ocurrir por primera vez en las primeras etapas de la vida y se caracterizan por episodios y síntomas recurrentes que afectan fuertemente a la capacidad de trabajo tienen un impacto significativo en la salud pública y la sociedad.¹

La infancia y la adolescencia son períodos particularmente críticos para la identificación y el tratamiento de los trastornos mentales. Con el 45% de la carga total de morbilidad en niños de 15 a 19 años, los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en los adolescentes. Además, los pacientes jóvenes con un trastorno mental tienen una menor probabilidad de recibir tratamiento y un retraso más largo entre la aparición de la enfermedad y el primer tratamiento en comparación con los adultos . A pesar de la magnitud y la importancia de los problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia, los estudios internacionales han revelado constantemente una brecha en el

tratamiento: las estimaciones de la brecha entre los necesitados de atención de salud mental y quienes acceden a ella superan el 50%.¹

La depresión es un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo; no obstante, también pueden presentarse algunos de tipo cognitivo y físicos. Hay múltiples factores que están asociados con la aparición, la duración y la recurrencia de trastornos depresivos en la infancia.¹

Los factores genéticos son los que han sido estudiados de manera más amplia, aunque no se ha logrado establecer claramente la asociación con un gen o grupo de genes en especial; se ha observado que los hijos de padres depresivos son tres veces más propensos a experimentar depresión. Del 20% al 50% de los jóvenes que presentan el trastorno durante la infancia o adolescencia tiene una historia familiar de depresión u otro trastorno (o desorden) mental; en cuanto a los niños que desarrollan la enfermedad, es más común que uno de los padres también haya padecido depresión en edades tempranas.¹

Factores ambientales asociados con depresión están el abuso sexual, el abandono, los divorcios, las pérdidas afectivas, la muerte de una persona cercana y los desastres naturales. Eventos vitales como los duelos, las enfermedades médicas crónicas, los factores socioeconómicos, siendo interpretados como un evento traumático para el niño.¹

Se ha planteado que los individuos con predisposición genética son más sensibles a los eventos negativos de la vida que aquellos con un bajo riesgo genético; un hecho importante que debe ser tomado en cuenta como factor de riesgo es la presencia de enfermedades crónicas.¹

Según el DSMV el trastorno depresivo se diagnostica si cumple con la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable, o una disminución del interés o de la

capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día durante las 2 últimas semanas, y que se acompaña de cinco de los siguientes síntomas: pérdida o ganancia de peso, insomnio, enlentecimiento motor o agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o laboral en el niño.²

Sin embargo los trastornos afectivos son una entidad que tiene expresión distinta según el desarrollo cognitivo y social del niño. La sintomatología y el tratamiento de la depresión dependen de la edad del paciente y de las circunstancias que la precipitaron.²

En los niños de 3 a 6 años el síntoma de presentación más frecuente es la ansiedad. En niños pequeños, la ansiedad se manifiesta con las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis). Se observa con cara triste, indiferente o inexpresiva, falta de socialización, no juega con otros, habla poco y no se relaciona; hay disminución del hambre sin causa aparente, somatizaciones, entre las más frecuentes cefaleas y dolores abdominales, manifiesta irritabilidad y rabietas frecuentes. También pueden presentar retraso en el peso esperado para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.²

En los niños de 7 años a la pubertad se puede observar cara triste, apatía, irritabilidad, agresividad, letargo o hiperactividad, tristeza y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y, en ocasiones, ideas recurrentes de muerte, conductas de autorriesgo, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en área escolar, trastorno del sueño, disminución o aumento del apetito y trastornos somáticos.²

La ansiedad consiste en la aparición de una sensación de intenso malestar, sin causa objetiva que lo justifique, que se acompaña de sentimientos de aprensión.

Las respuestas de ansiedad incluyen síntomas cognitivos y somáticos que son característicos y que expresan la activación del sistema autonómico (inquietud psicomotriz, pilorección, taquicardia, taquipnea, sensación de muerte inminente, tensión, etc.). Los efectos a largo plazo de los síntomas de ansiedad persistente pueden ser variados y de consecuencias casi irreparables, pues pueden derivar en daños en el desarrollo del concepto de sí mismo, en la autoestima, en el funcionamiento interpersonal y en la adaptación social.¹

Las manifestaciones de ansiedad serán diferentes según la etapa del desarrollo. En los niños más pequeños se presenta a menudo como actividad excesiva, comportamientos estridentes y de llamada de atención, dificultades a la separación o en el momento de ir a dormir. La ansiedad manifestada en el comportamiento puede conducir a diagnósticos inadecuados de trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), trastorno desafiante y oposicionista u otros problemas de conducta. Los chicos mayores o los adolescentes que son más capaces de describir sus vivencias subjetivas pueden denominarlas usando diferentes vocablos como miedo, nerviosismo, tensión, rabia; también pueden presentar comportamientos disruptivos o antisociales.¹

También el ambiente influye en las respuestas de ansiedad. Si el ambiente es comprensivo y es capaz de emplear estrategias que ayuden al niño, éste se verá beneficiado. Los ambientes que minimizan y culpan al niño del problema, o que le obligan a enfrentarse a la situación cuando él no tiene recursos personales para manejarla, estarán provocando un rechazo del niño a compartir sus problemas y a pedir ayuda y, por tanto, comprometerán su desarrollo. En personas que no padecen un trastorno de ansiedad, la exposición repetida a un estímulo potencialmente amenazante reduce su ansiedad. Sin embargo, en los sujetos con un trastorno de ansiedad, la exposición obligada, sin un apoyo terapéutico, puede resultar altamente perjudicial.¹

Existen diversos factores que predisponen a su presentación:

Factores genéticos y constitucionales. Aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha establecido si la transmisión es genética o determinada por la crianza.¹

Temperamento: los niños que son inhibidos en el comportamiento, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente.¹

Estilos parentales: la sobre-protección que, en ocasiones, es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis en el niño de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles. Por su parte, las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los chicos a través de mecanismos identificatorios básico.¹

Acontecimientos vitales estresantes: algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador (la experiencia de una tormenta). Además, la elaboración cognitiva (explicación) que de una experiencia atemorizante haga el niño influirá en que éste pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro.¹

Los ambientes sociales desfavorables (grandes adversidades, económicas o condiciones de vida, etc.) generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad¹

Medidas generales para mitigar el impacto psicológico negativo de la cuarentena en niños y niñas.

- Los niños y niñas no pueden mantenerse en aislamiento sin cuidadores durante un período prolongado de tiempo. Si se produce una separación, hay que asegurar un contacto regular a través del celular o algún medio electrónico.⁹
- Explicar a los niños y niñas lo que ha sucedido y el propósito de estar confinado en su hogar de manera apropiada para su edad.^{9,14}
- Brindar información clara sobre cómo reducir el riesgo de adquirir la enfermedad en palabras que puedan entender según su edad. Enseñar a los niños las acciones cotidianas para reducir la propagación del virus. ^{9,14}
- Los niños de todas las edades y los adolescentes se benefician de las actividades estructuradas y de la rutina.⁹
- Se debe permitir y tolerar el uso de Internet, la televisión y la radio, pero se debe evitar tener la TV siempre encendida y monitorizar el uso de las redes sociales para la difusión de mensajes y publicaciones imprecisos y dramáticos.⁹
- Se debería considerar reducir la cantidad de tiempo de pantalla enfocado en el evento, para reducir la posible confusión, preocupación y miedo.^{9,14}
- Se debe promover el contacto virtual con familiares, compañeros de clase, amigos y maestros a través de Internet y el teléfono para disminuir los sentimientos angustiosos de aislamiento y frustración.⁹
- Las escuelas tienen un papel fundamental, no solo en la entrega de materiales educativos a los niños, sino en la oportunidad de que los estudiantes interactúen con los maestros y obtengan asesoramiento psicológico.⁹

En la actualidad los estudios sobre salud mental de los niños y niñas son escasos, aquí algunos ejemplos de los que partimos para esta investigación.

Un estudio chino, tuvo como objetivo examinar el impacto emocional de la cuarentena en niños y adolescentes de Italia y España, donde participaron 1.143 padres de niños y adolescentes entre 3 y 18 años, se observó que el 85.7% de los padres percibieron en sus hijos síntomas como dificultad para concentrarse (76.6%), aburrimiento (52%), irritabilidad (39%), inquietud (38.8%). El estudio sugiere detectar a tiempo a los niños y adolescentes con problemas emocionales y de comportamiento a fin de mejorar su bienestar psicológico.¹⁴

En otro estudio de jóvenes estudiantes, el estrés se considera una problemática importante a nivel mundial que se puede reflejar en reacciones psicológicas, físicas y de comportamiento. Al respecto, se clasifican como fuentes de estrés, elementos ambientales, familiares y aspectos laborales e interpersonales; fuentes éstas, que, ante una pandemia, pueden combinarse mostrando explicaciones multicausales en un individuo o familia confinada.^{7,15}

Beery y Kaufer mencionan que cada día interactuamos con el estrés, y nuestro comportamiento social cambia, enfatizando que el virus ha afectado a nivel psicológico, a quienes luchan por sobrevivir, a los que se quedan en casa durante la cuarentena, a los desfavorecidos de la economía, y a los que han perdido sus trabajos; bajo estas circunstancias, resulta evidente la presencia de factores estresantes para las familias.⁷

Algunos estudios, por ejemplo, señalan que hasta el 66,7% de los adolescentes han vivido al menos una adversidad y cerca de un 50%, más de una. Las adversidades que se reportan con mayor frecuencia son enfermedades de los padres (24%), dificultades económicas (22%), discordia familiar (18%) y consumo de alcohol paterno (17%) Durante la época de la pandemia es muy posible que estas adversidades se presenten en mayor escala³

Un estudio Al comparar los síntomas de estrés postraumático en padres e hijos en cuarentena con los que no lo estaban, encontró que las puntuaciones medias de estrés postraumático eran cuatro veces más altas en los niños que habían sido

puestos en cuarentena que en los que no estaban en cuarentena. El 28% de los padres puestos en cuarentena en este estudio informaron síntomas suficientes para justificar un diagnóstico de un trastorno de salud mental relacionado con el trauma, en comparación con el 6% de los padres que no fueron puestos en cuarentena. Otro estudio examinó los síntomas de depresión 3 años después de la cuarentena y encontró que el 9% (48 de 549) de toda la muestra reportó síntomas depresivos altos. En el grupo con síntomas depresivos altos, casi el 60% habían sido puestos en cuarentena, pero solo el 15% del grupo con síntomas depresivos bajos habían sido puestos en cuarentena.⁷

La adversidad psicosocial en la etiología de los trastornos mentales El desarrollo de psicopatología se asociaba entre otros factores de adversidad tendrá un niño. Estudios posteriores con su grupo señalaron los indicadores de adversidad, y consideraban características familiares y ambientales: clase social baja, discordia matrimonial grave, familias con más de 4 hijos, criminalidad paterna, trastorno mental paterno y estancia en un hogar de cuidado. La presencia de 2 factores aumenta hasta 4 veces la probabilidad de trastornos mentales y con 4, hasta 10 veces¹⁰. Pocos estudios en Latinoamérica han estudiado la asociación entre la adversidad psicosocial y los trastornos mentales, pero confirman dicha relación¹⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir de que se decretó la emergencia sanitaria de SARS-COV2 a nivel mundial, se han implementado acciones dirigidas a prevenir, evitar su contagio y propagación en la salud de las personas, una de ellas ha sido el confinamiento de la población. Esta medida de contención disminuye los brotes, pero, existen efectos negativos que impactan en la salud física y mental de los niños y niñas debido al cierre prolongado de las escuelas y el confinamiento en el hogar.

El grado de impacto dependerá de varios factores, entre ellos la edad del niño. Los niños y niñas menores de 2 años son capaces de extrañar a sus cuidadores habituales incluso de inquietarse y molestarse por la nueva situación. Los niños y niñas en etapa escolar o mayores pueden mostrarse preocupados por la situación, su propia seguridad y la de sus cuidadores, además del futuro (p. ej., “¿cuándo volveremos a la escuela?”). Por ello es posible que pregunten sobre lo que ocurre y por qué no es posible salir de casa. Ante una situación de estrés como puede ser el confinamiento, pueden reaccionar de forma intensa o diferente a como lo harían normalmente (p. ej., tristeza, enfado, miedo, etc.).

La ansiedad en niños puede manifestarse con conductas desafiantes (p. ej., discutiendo o negándose a obedecer) Otros factores que influyen son las fuentes de estrés entre las que encontramos la duración prolongada del confinamiento, el miedo a la infección, la frustración y el aburrimiento, la información inadecuada, la falta de contacto en persona con compañeros de clase, amigos y maestros, la falta de espacio personal en el hogar y la pérdida económica familiar.

Aunque los periodos de confinamiento relacionados con epidemias han sido vinculados con impactos negativos en la salud mental en adultos (mayor riesgo de trastornos emocionales, síntomas depresivos, irritabilidad, estrés), la evidencia disponible en niños es anecdótica y los estudios son limitados en conclusiones. Es necesario la realización de estudios en el contexto actual que vivimos, que nos permita conocer el impacto psicológico que tiene el confinamiento prolongado y las

crisis sanitarias en los niños y niñas, así como evaluar la efectividad de cualquier intervención a corto y largo plazo. ^{3,4,18}

Por lo que se genera la siguiente **pregunta de investigación**:

¿Cuál es el nivel de Ansiedad y Depresión asociada al confinamiento por COVID 19 en niños y niñas de 8 a 11 años?

OBJETIVOS

Objetivo General: Determinar el nivel de Ansiedad y Depresión asociada al confinamiento por COVID 19 en niños y niñas de 8 a 11 años.

Objetivos Específicos:

1. Describir datos sociodemográficos (edad, sexo y grado escolar)
2. Identificar el nivel de ansiedad de acuerdo con la escala de SCAReD
3. Determinar el nivel de depresión de acuerdo al inventario CDI
4. Asociar el nivel de ansiedad, con la presentación de la depresión
5. Comparar los niveles de ansiedad de acuerdo con los datos sociodemográficos (edad, sexo, grado escolar)
6. Comparar los niveles de depresión de acuerdo con los datos sociodemográficos (edad, sexo, grado escolar)

HIPÓTESIS:

Nula (H₀)

- El confinamiento por COVID 19 en niños y niñas de 8 a 11 años se asoció a nivel de ansiedad y depresión moderada a alta

Alternativa (H₁)

- El confinamiento por COVID 19 en niños y niñas de 8 a 11 años no se asoció a nivel de ansiedad y depresión moderada a alta

METODOLOGÍA

Lugar donde se realiza el estudio: Escuela Londres ubicada en Martin Carrera No. 155 Colonia Martin Carrera, Alcaldía Gustavo. Madero, CDMX, que cuenta con una población de 70 niños y niñas en edad de 8 a 11 años

Diseño de estudio:

- Observacional: el investigador no aplica ninguna intervención en las variables de estudio
- -Analítico: en relación a la comparación de las poblaciones
- -De corte transversal: se realizó solo una medición de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en los niños y niñas
- -Prospectivo: la obtención de los datos se realizó posterior a la elaboración del protocolo con instrumentos diseñados.

Grupo de estudio: Niños y niñas de 8-11 años inscritos en la Escuela Primaria Londres que tengan NSS de asistencia médica al IMSS.

Criterios de estudio

Criterios de inclusión

- Niños y niñas de 8 a 11 años inscritos en la Escuela Primaria Londres
- Adscritos al IMSS
- Niños y niñas que se hayan encontrado en confinamiento
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio, que firmen el asentimiento informado y sus padres la carta de consentimiento informado de los niños y niñas de 8-11 años.

Criterios de exclusión

- Niños y niñas que no deseen participar
- Niños y niñas que tengan alguna psicopatología de base
- Niños y niñas con edad menor a 8 años y mayor de 11 años al momento de aplicación de la encuesta

- Niños y niñas que al momento de aplicar la encuesta se encuentren imposibilitados para contestarla por enfermedad, hospitalización.
- Padres o tutores que no deseen que sus niños y/o niñas participen en el estudio

Criterios de eliminación

- Niños y niñas que envíen encuesta incompleta
- Niños y niñas o padres o tutores que contesten la encuesta y posteriormente decidan ya no participar.

Tamaño de la muestra

Se tiene una población total de 70 niños y niñas de 8 a 11 años en la Escuela Londres, el cual se tomará como total de muestra durante el periodo de estudio, tomando el cuenta los criterios de inclusión y que deseen participar.

Muestra definitiva: 70 niños y niñas.

Plan de muestreo

No probabilístico por conveniencia, participaran todos los niños y niñas de 8-11 años en el periodo de estudio (julio del 2021) y se aplicara la encuesta

Definición de las variables

Independiente: Edad, Sexo, grado escolar.

Dependiente: Ansiedad y Depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Se le preguntara al niño y niña su edad cumplida en años.	Cuantitativa	Discreta	8, 9, 10, 11
Sexo	Son las características fisiológicas y sexuales con las que nacen hombres y mujeres.	Se le preguntara al niño o niña cuál es su sexo.	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.Hombre 2.Mujer
Grado escolar	Período de tiempo en que se asiste a un plantel educativo	Se le preguntara al niño o niña en que grado de primaria se encuentra	Cualitativa	Ordinal	1.Tercero 2.Cuarto 3.Quinto 4. Sexto
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	Se preguntará a los niños o niñas una lista de cosas que describen como se siente (miedo, llanto fácil, enojo, nervios, pensamientos negativos, dolor de estómago)	Cualitativa	Ordinal Politómica	1. ausente 2. leve 3. moderada

Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas	Se preguntará a los niños o niñas con que opción se identifican. Cada enunciado tendrá un valor de 0-2 puntos	Cualitativa	ordinal Politómica	1. ausente 2. leve 3. moderada
------------------	---	---	-------------	-----------------------	--------------------------------------

Descripción general del estudio:

Se realizó consentimiento informado dirigido a las autoridades competentes de la Escuela Primaria solicitando permiso para acceder a la revisión de datos de niños y niñas de 8 a 11 años proporcionada por la directora de la Escuela Primaria Londres para conocer el número de niños y niñas. Al finalizar la realización del protocolo y posterior a la aceptación por el SIRELCIS, se solicitará a las autoridades de la Escuela Primaria Londres, la autorización para la aplicación de encuestas a través de un software para crear cuestionarios en línea (Quizizz).

Mediante un diseño observacional, analítico, de corte transversal y prospectivo, se aplicará un cuestionario a los participantes, niños y niñas de 8 a 11 años de edad, que se encuentren inscritos en la Escuela Primaria Londres, se solicitará el tiempo de una clase de computación impartida a través del programa de videochat (ZOOM) para aplicar el cuestionario a través de la aplicación Quizizz; se explicará previamente el motivo de la entrevista y se solicitará la firma de consentimiento y asentimiento informado, asimismo se aplicarán los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para la selección de los niños y niñas a encuestar.

Al aceptar se enviará el código de acceso al cuestionario para determinar la presencia de ansiedad y depresión asociada a l confinamiento por COVID 19. Al termino se recibirán los resultados directamente y se dará las gracias a los participantes.

Una vez completado el numero necesario de encuestas se iniciará la recolección de información obtenida y su análisis, se tabulará mediante el programa SPSS

Instrumentos y técnicas utilizadas

Para este protocolo se utilizarán 2 escalas para evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión en niños y niñas de 8 a 11 años asociada al confinamiento por COVID 19 en la Escuela Londres

Inventario de depresión infantil. CDI (Children's Depression Invetory)

CDI es una de las escalas auto aplicadas más utilizadas para evaluar sintomatología depresiva en población infantil y adolescente. Consta de 27 ítems. La puntuación total va de 0 a 54. Cada ítem responde a una escala tipo Likert donde 0 indica "normalidad", 1 indica "cierta intensidad" y 2 indica la "presencia inequívoca" de un síntoma depresivo. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva.

Se recomienda su uso en niños de 7 a 17 años. Kovacs estableció una puntuación de 20 como punto de corte para indicar la presencia de depresión.

En muestras de población general se encontraron valores de alfa de Cronbach entre 0.75 y 0.94.^{19,20}

Auto-reporte para desórdenes relacionados con la ansiedad en la infancia (Screen For Child Anxiety Related Emotional Disorders) SCARED

El cuestionario para trastornos emocionales infantiles relacionados con la ansiedad (SCARED) consta de una escala de 41 ítems que apunta a conocer

cómo se sintieron los niños en los últimos tres meses. Las opciones de respuesta son “No es verdad o casi nunca es verdad”, “Algunas veces es verdad” y “Muchas veces es verdad”. Se recomienda un punto de corte de 25 para este cuestionario. El SCARED fue validado y traducido en el año 2008 en España, presentando una fiabilidad alfa de Cronbach global de 0,83.^{15,21}

Análisis estadístico

De acuerdo al cronograma se recabarán datos en el mes de julio de 2021, se capturarán y analizarán los datos a través del programa estadístico SPSS versión 26.

El análisis de variables cuantitativas será a través de medidas de tendencia central y para variables cualitativas frecuencia y porcentajes. La asociación entre variables con la prueba ρ Spearman con IC 95% $p \leq 0.05$

RESULTADOS

Se evaluaron 70 niños y niñas de 8 a 11 años, observando una media de 9.91±1.087, hombres de 58.6% y mujer de 41.4%, edad de 11 años un 40%, 10 años el 25.7%, de acuerdo al grado un 30% fue de sexto grado y 27.1% de cuarto grado.

Tabla 1.

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos de los niños y niñas de 8 a 11 años

Aspectos sociodemográficos	N=70	%
Sexo		
Hombre	41	58.6
Mujer	29	41.4
Edad		
8 años	10	14.3
9 años	14	20
10 años	18	25.7
11 años	28	40
Grado escolar		
Tercero	17	24.3
Cuarto	19	27.1
Quinto	13	18.6
Sexto	21	30

Se percibió ansiedad leve en 51.1%, ausente en el 47.1% y moderada en 1.4%.

Tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia de ansiedad y depresión en niños de 8 a 11 años

Ansiedad	N=70	%
Ausente	33	47.1
Leve	36	51.4
Moderada	1	1.4

Se percibe ausencia de depresión un 94.3% y presencia de síntomas en 5.7%

Tabla 3

Tabla 3. Frecuencia de depresión en los niños y niñas de 8 a 11 años

Depresión	N=70	%
Ausente	66	94.3
Presencia de síntomas	4	5.7

Las características de los niños y niñas con depresión fueron: niños el 7.3% y niñas el 3.4%, con edad de 10 años en un 11.1%, que se encontraban cursando el cuarto grado escolar en 15.8%. Tabla 4

Tabla 4. Depresión relacionada con aspectos sociodemográficos de los niños y niñas de 8 a 11 años

Aspectos Sociodemográficos	Depresión		P
	Ausente N (%)	Presencia de síntomas N (%)	
Sexo			.492
Niño	38 (92.7)	3(7.3)	
Niña	28 (96.6)	1(3.4)	
Edad			.600
8 años	10(100.0)	0(0.0)	
9 años	13(92.9)	1(7.1)	
10 años	16(88.9)	2(11.1)	
11 años	27(96.4)	1(3.6)	
Grado escolar			.143
Tercero	17(100.0)	0(0.0)	
Cuarto	16(84.2)	3(15.8)	
Quinto	13(100.0)	0(0.0)	
Sexto	20(95.2)	1(4.8)	

Las características de los niños con ansiedad fueron: en niños la forma leve en 46.3% y moderada en 2.4%. En niñas solo se presentó en forma leve y fue en 58.6%. La edad de 8 años corresponde al 80% de los casos y en el tercer año de primaria se encontró el 64.7% de dicha población.

Tabla 5

Tabla 5. Ansiedad relacionada con aspectos sociodemográficos en niños de 8 a 11 años

Aspectos Sociodemográficos	Ansiedad			P
	Ausente N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	
Sexo				
Niño	21(51.2)	19(46.3)	1(2.4)	.460
Niña	12(41.4)	17(58.6)	0(0.0)	
Edad				
8 años	2(20.0)	8(80.0)	0(0.0)	.062
9 años	7(50)	6(42.9)	1(1.4)	
10 años	6(33.3)	12(66.7)	0(0.0)	
11 años	18(64.3)	10(35.7)	0(0.0)	
Grado escolar				
Tercero	6(35.3)	11(64.7)	0(0.0)	.123
Cuarto	6(31.6)	12(63.2)	1(5.3)	
Quinto	6(46.2)	7(53.8)	0(0.0)	
Sexto	15(71.4)	6(28.6)	0(0.0)	

No se observó asociación entre la presentación de ansiedad y la depresión. Los niños y niñas sin ansiedad fueron 33, de los cuales el 3% de éstos presentó síntomas de depresión; los niños y niñas con ansiedad leve fueron 36 de los cuales el 5.6% se asoció con síntomas de depresión. Y por último se encontró un solo caso de ansiedad moderada con síntomas de depresión. Tabla 6.

Tabla 6. Asociación entre ansiedad y depresión en niños y niñas de 8 a 11 años.

Depresión	Ansiedad			P
	Ausente N (%)	Leve N (%)	Moderada N (%)	
Ausente	32 (97.0%)	34(94.4%)	0(0%)	.000
Presencia de síntomas	1 (3%)	2(5.6%)	1(100%)	

DISCUSIÓN

El impacto psicológico derivado del confinamiento por la pandemia de covid 19 ha sido una de las principales medidas para mitigar y contener la pandemia. Los primeros estudios fueron sobre la prevalencia del estrés postraumático de la población, la identificación de los factores de riesgo relacionados con dicho estrés: ser mujer, pertenecer a grupos de riesgo para contraer la infección, y tener mala calidad de los patrones de sueño, ansiedad y depresión.

La dimensión miedo/ansiedad se ha relacionado con niveles altos de incertidumbre provocada por la situación que vivimos, preocupación por padecer o contraer enfermedad grave (COVID-19) y preocupación por perder a seres queridos . Entre los miedos más frecuentes relacionados con el coronavirus se han identificado los relativos al contagio, enfermedad, muerte, el aislamiento social y los problemas derivados del trabajo y los ingresos, siendo factores de riesgo para experimentar tal miedo la intolerancia a la incertidumbre, el afecto negativo, estar expuesto a los medios de comunicación, vivir con enfermos crónicos y con menores de 12 años.

La depresión se ha relacionado con sentimientos de pesimismo o desesperanza y soledad. Se ha observado que la sintomatología depresiva se activa cuanto más miedo se experimenta. En cuanto a los grupos vulnerables identificados, los niños y adolescentes muestran niveles más altos de depresión, estrés y ansiedad.²²

Quero y Moreno en un estudio realizado en Sevilla a 150 niños y niñas de 7 a 15 años expuestos al confinamiento por covid-19 durante el periodo de septiembre a noviembre de 2020 encontró que el 5% de los individuos de la muestra se catalogó con depresión según el punto de corte establecido, un 2 % de los individuos presentó ansiedad y un 10% de los escolares de la muestra elegida presentaron irritabilidad. Nuestro estudio tuvo una muestra de 70 niños y niñas presentado el 5.7% síntomas de depresión y el 51

4% ansiedad leve y el 1.4% moderada. De acuerdo con los datos de Quero y Moreno los valores de depresión son similares a lo encontrado en Sevilla, sin embargo, la presencia de síntomas de ansiedad es notablemente mayor.²⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS), de manera general estima que un 3% de la población infantil padece depresión, en nuestro estudio se encontró que la depresión esta presente en un 5.7% de los niños y las niñas. La CDC reporta que el 7.1% de los niños de 3 a 17 años se han diagnosticado con ansiedad, los datos en nuestro estudio reportan la presencia de síntomas de ansiedad en la forma leve en un 51.4% y moderada en 1.4 % con lo que podemos establecer la relación entre el confinamiento y la presencia de alguna de estas enfermedades mentales, sin embargo, no se encontró significancia estadística entre la coexistencia de ambas.¹⁶

Beery y Kaufer mencionan que cada día interactuamos con el estrés, y nuestro comportamiento social cambia, enfatizando que el virus ha afectado a nivel psicológico se reportó que las adversidades con mayor frecuencia son enfermedades de los padres (24%), dificultades económicas (22%), discordia familiar (18%) y consumo de alcohol paterno (17%). En nuestro estudio no se consideraron estos factores ya que solo se realizó la escala SCARED para evaluar ansiedad y el inventario CDI para depresión, por lo que es un área de oportunidad para indagar si alguno de estos impacta de manera importante en la presencia de ansiedad y depresión. ^{3,7}

Orgilés y cols. En su estudio comparan los síntomas de estrés postraumático en padres e hijos en cuarentena con los que no lo estaban, encontró que las puntuaciones medias de estrés postraumático eran cuatro veces más altas en los niños que habían sido puestos en cuarentena que en los que no estaban en cuarentena; en respuesta a nuestro estudio podemos concluir que esta es una causa por las cuales los niños y niñas no presentaron síntomas de depresión y

ansiedad , sin embargo faltó reportarlo en las encuestas, por lo que sólo se infiere ésta como una posible causa a nuestros resultados. ⁷

Bedoya L. Z. Encontró en su estudio un grupo con síntomas depresivos altos, en el cual casi el 60% que habían sido puestos en cuarentena, pero solo el 15% del grupo con síntomas depresivos bajos habían sido puestos en cuarentena, por lo que vale la pena hacer un estudio posterior para evaluar si se presentan síntomas de depresión en años posteriores al confinamiento y comparar los resultados en este estudio.¹⁴

Madigan S. en su metanálisis sugiere que 1 de cada 4 niños y adolescentes presentan síntomas clínicamente relevantes de depresión, y que uno de cada 5 tiene ansiedad considerable, es decir que coexisten estas 2 patologías, que coincide con nuestros resultados en los cuales se encontró asociación entre depresión y la presentación de ansiedad ²³

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se obtuvo que la edad promedio de niños y niñas, es de 11 años, en sexto año escolar y el 58.6% eran hombres . En cuanto a nivel de ansiedad se encontró que se presenta de forma leve en los niños y niñas. Se observó en el 94.3 % de niños y niñas la ausencia de síntomas de depresión. Se encontró la asociación entre nivel de ansiedad y la presentación de depresión ($p < 0.05$). La ansiedad leve se presentó en mujeres de 8 años, que cursan el tercer año escolar, mientras que la forma moderada se presentó en hombres de 9 años que cursan el cuarto año escolar.

En cuanto a la presencia de síntomas de depresión se identificó en hombres de 10 años, que cursan el cuarto año escolar. No se encontró ninguna significancia estadística de ansiedad y depresión con los factores sociodemográficos por lo que se rechaza la hipótesis nula, sin embargo no se acepta la hipótesis alterna ya que puede haber otros factores involucrados que no se tomaron en cuenta que pudieron presentarse durante la pandemia.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere que el personal de salud y maestros se vuelvan orientadores sobre síntomas de ansiedad y depresión con la finalidad de reconocer oportuno de dichas patologías por parte de los padres.
- Se sugiere que el personal de salud se vuelva orientador de técnicas de resiliencia con la finalidad de manejo de las emociones y estres presente durante la pandemia de covid 19
 - Se propone realizar investigaciones sobre nivel de miedo como factor importante en la presentación de ansiedad y depresion segun los ultimos estudios realizados a nivel mundial

LIMITACIONES

- Realizar el estudio en una población pequeña
- Agregar otros factores que pudieron influir, en la presentación de ansiedad y depresión, como: dinámica familiar, nivel económico, presencia de comorbilidades en los padres, problemas de adicciones en los padres y trastorno mental previo.
- A través de la plataforma virtual no fue posible observar el comportamiento de los niños y niñas (nerviosismo, miedo, preocupació

BIBLIOGRAFÍA

1. Espada JP, Orgilés M, Piqueras JA, y Morales A. Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*. 2020:1-5
2. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020: 30460-8
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912-920.
4. Palacio-OD. Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiat*. 2020.(49)5-18
5. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020;38(3):192-195.
6. W. El-Hage. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? / *L'Encéphale* 46 (2020) S73–S80
7. Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Front Psychol*. 2020;11:579038.
8. Yunier BP, Fernández CD, Reyes L. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2020;46: 1-14

9. Kang, L, Yi L, Shaohua H, Min Chen. et al. 2020. "The Mental Health of Medical Workers in Wuhan, China Dealing with the 2019 Novel Coronavirus." The Lancet. Psychiatry.
10. Irune CM, Santamaría GI. Infancias vulneradas en tiempos de aislamiento social. Norte de salud mental. 2020;(12) 63:66-71.
11. Cerebro Social, Efectos del Aislamiento Social y el Regreso a la Escuela. Cervino CO. Researchgate 2020:1-5
12. Ochando PG, Peris CS. Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. Pediatr Integral 2017;(1):39-46
13. Pacheco TP, Chaskel. Depresión en niños y adolescentes. Sociedad colombiana de pediatría ;15(1):30-38
14. Bedoya L. Z. Niveles de estrés académico , manifestaciones psicósomáticas y estrategias de afrontamiento en alumnos de la facultad de medicina de una universidad privada de Lima 2012. 201; 77(4).
15. Ozyurt. KM. Evaluación de problemas emocionales y conductuales y del funcionamiento familiar en adolescentes. Arch Argent Pediatr. 2019; 117(2).
16. Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 (R.M. N° 180-2020-MINSA)/ Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Mental Lima: Ministerio de Salud; 2020.
17. OMS. Trastornos mentales en niños y adolescentes. 2020
18. Werlen L GDMKM. Intervenciones para mejorar el acceso de los niños a la atención de salud mental: una revisión sistemática y metaanálisis. Cambridge

University Press. 2020; 29(58). 19.Acosta K, Josepa C,Hernández MC.Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 añosPsicothema. 2010; 22(4): 613-61

20. Segura CP. Estandarizacion del Inventario CDI en niños y adolescentes entre 12 y 17 años de edad del municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia-Colombia. International Journal of Psychological Research. 2010; 3(2).32-34

20. González PA, Castillo FL. Detección de trastornos mentales en niños de dos escuelas primarias. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2010; 43(1-4):1-7

21..Bueno FM, BarrientosTS. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. Enferm Clin. 2020.18-24

22.Orgiles M,Impacto Psicológico del a COVID -19 en niños y adolescente. Revista de psicología clinica en niños y adolescentes.2020;7(3):11-18

23. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2021;175(11):1142–1150. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482

24. Quero L, Moreno Montero-Galvache M Ángeles, de León Molinari P, Espino Aguilar R, Coronel Rodríguez C. Estudio del impacto emocional de la pandemia por COVID-19 en niños de 7 a 15 años de Sevilla. Rev Psiquiatr Infanto-Juv [Internet]. 31 de marzo de 2021 [citado 24 de enero de 2022];38(1):20-. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/406>

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(PADRES O TUTORES)
(ANEXO 1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Nivel de ansiedad y depresión asociada al confinamiento por COVID 19 en niños y niñas de 8 a 11 años No aplica
Patrocinador externo:	
Lugar y fecha:	Escuela primaria Londres
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	En los últimos meses se ha visto un incremento de ansiedad y depresión en la población general durante el confinamiento por COVID 19, sin embargo no se cuenta con información suficiente en la población pediátrica. Ante esta situación en la cual los niños y niñas se han visto afectados en diversas formas como es el caso de la pérdida de alguno de los padres, disminución de la calidad de vida por pérdida de empleo y falta de convivencia con sus compañeros es de suma importancia vigilar la prevalencia de estos problemas de salud mental para generar estrategias de afrontamiento y resiliencia. Objetivo. Determinar el nivel de ansiedad y depresión asociada al confinamiento por COVID 19 en niños y niñas de 8 a 11 años.
Procedimientos:	Para obtener la información solicitada se aplicará una encuesta de datos generales y de como se siente su hijo (o) en relación a estar en casa durante la pandemia.
Riesgo o molestias durante el estudio:	Este estudio no originará ningún riesgo de salud a su hijo (o) o de prestación de servicio dentro del instituto si es que lo requiere, ya que la información se obtiene a través de la aplicación instrumentos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar su hijo en el estudio no recibirá ningún apoyo económico, ni de preferencia de servicios dentro del instituto del seguro social, ni de puntos de calificación dentro de la escuela. El beneficio será para todos los niños y niñas en relación de elaborar estrategias adecuadas para manejo del aislamiento en casa si continúa la pandemia o de eventos que se requiera nuevamente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizará respetando el anonimato de su hijo (o), en caso que usted solicite el resultado de como se siente su Hija(o) durante el aislamiento, lo podrá solicitar de manera personal mediante un folio que se le otorgue y previa cita. Y en caso necesario se derivará con su médico familiar para seguimiento.
Participación o retiro:	La participación es de manera voluntaria, primero que usted otorgue el permiso mediante este documento que su hijo (o) va a participar, posteriormente su hijo (o) deberá también dar su consentimiento, ambos deberán estar de acuerdo para continuar en el estudio, en caso de que usted o su hijo(o) no acepten, no podrá participar. También podrá abandonar el estudio en el momento que lo desee usted o su hijo (o) y no habrá repercusión alguna dentro del instituto del seguro social o de la escuela que está inscrito su hijo (o).
Privacidad y confidencialidad:	Los datos proporcionados y cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se

dará información que pudiera revelar su identidad o alguna respuesta de su hija (o) dentro de la encuesta. Su identidad será protegida y ocultada en todo momento.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que mi hija (o) participe

Si autoriza que mi hija (o) participe solo para este estudio.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

DRA. MIRNA EDTH JIMENEZ NUÑEZ. Médico Especialista en Medicina Familiar. Matrícula 98351787. Medico familiar UMF 20.

Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX Tel. 55874422 ext. 15368/15368. E-mail: princess_girlme@hotmail.com

Colaboradores:

DRA. ACEVES MARTINEZ MONICA ANGELICA. Médico Residente de la Especialidad de Medicina Familiar. Matrícula . Adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo. Calzada Vallejo 675, Magdalena de las Salinas, 07760 Gustavo A. Madero, CDMX. Tel.: E-mail: macevesm1200@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

(ANEXO 2)

**NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADA AL CONFINAMIENTO POR COVID 19 EN
NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS**

Número de registro institucional: R-2021-3404-042

Objetivo del estudio y procedimientos: Como sabemos el último año hemos estado dentro de casa debido al coronavirus, un virus que genera una enfermedad que va desde leve hasta muy grave. Este tiempo confinado en casa nos ha traído muchos cambios como son, la forma en que nos llevamos con nuestros familiares, falta de contacto con nuestros compañeros de escuela, miedo a contagiarnos o que se contagie nuestra familia. Por lo que queremos conocer cómo te sientes, y que emociones han despertado en ti todos estos cambios para ello vamos a pedirte que contestes una encuesta a través de tu celular o computadora y con eso podremos saber más de ti.

Hola, mi nombre es Mónica Angelica Aceves Martínez Residente de segundo año de medicina familiar y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer cómo te sientes y que emociones has sentido a lo largo de este tiempo que hemos guardado en casa debido al coronavirus para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar una encuesta donde conoceremos acerca de tus emociones y como te has sentido. Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____

Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3404.
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 013 2018082

FECHA Lunes, 02 de agosto de 2021

M.E. MIRNA EDITH JIMENEZ NUÑEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADA AL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8-11 AÑOS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3404-042

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Mtro. miguel alfredo zurita Muñoz

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 20 "VALLEJO"
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA**

(ANEXO 4)

**ENCUESTA PARA CONOCER LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADA AL
CONFINAMIENTO POR COVID 19 EN NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 11 AÑOS**

FOLIO: _____

Edad: _____ Sexo: _____ GRADO ESCOLAR: _____

Las siguientes preguntas están relacionadas de cómo te has sentido al estar en casa en cuanto a no poder salir por el coronavirus y tomar tus clases en casa. Contestar cada oración en las columnas de tu derecha según como te sientes.

		CASI NUNCA O NUNCA ES CIERTO (0)	ES CIERTO ALGUNAS VECES (1)	2CASI SIEMPRE O SIEMPRE ES CIERTO (2)
1	Cuando tengo miedo, no puedo respirar bien.			
2	Cuando estoy en la clase virtual me duele la cabeza.			
3	No me gusta estar con personas que no conozco bien.			
4	Cuando duermo en una casa que no es la mía me siento con miedo.			
5	Me preocupa saber si le caigo bien a la gente.			
6	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.			
7	Soy una persona nerviosa.			
8	Sigo a mis padres a donde ellos van.			
9	La gente me dice que me veo nervioso(a).			
10	Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco bien.			
11	Cuando estoy en la clase virtual me duele el estómago (panza).			
12	Cuando tengo mucho miedo, me siento como si me fuera a enloquecer.			
13	Me preocupo cuando tengo que dormir solo(a).			

14	Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en mis estudios o deportes).			
15	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas fueran diferentes o no reales.			
16	En las noches sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres.			
17	Me preocupo cuando tengo que tomar la clase virtual.			
18	Cuando tengo mucho miedo, el corazón me late muy rápido.			
19	Cuando tengo mucho miedo, yo tiemblo.			
20	En las noches tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo.			
21	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas.			
22	Sudo mucho cuando tengo miedo.			
23	Me preocupo demasiado.			
24	Me preocupo sin motivo.			
25	Me da miedo estar solo(a) en la casa.			
26	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.			
27	Cuando tengo miedo, siento como si no pudiera tragar.			
28	Las personas me dicen que yo me preocupo demasiado.			
29	No me gusta estar lejos de mi familia.			
30	Tengo miedo de tener ataques de nervios (pánico).			
31	Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres.			
32	Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco.			
33	Me preocupa que me pasara cuando sea grande.			
34	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.			
35	Me preocupa saber si hago las cosas bien.			
36	Tengo miedo de tomar la clase virtual.			
37	Me preocupan las cosas que ya han pasado.			
38	Cuando tengo miedo, me siento mareado(a).			
39	Me siento nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar)			
40	Me siento nervioso(a) de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conozco.			
41	Soy tímido(a)			



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUM. 20 “VALLEJO”
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA**

En las siguientes números hay tres oraciones escoge en cada grupo una oración, cómo te has sentido, también relacionado a que has estado encerrado por el coronavirus durante este año escolar. Puedes subrayarlo, encerrarlo o poner una X.

1	De vez en cuando estoy triste. Muchas veces estoy triste. Siempre estoy triste.
2	Nunca me va a salir nada bien. No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. Las cosas me van a salir bien.
3	La mayoría de las cosas las hago bien. Muchas cosas las hago mal. Todo lo hago mal.
4	Muchas cosas me divierten. Algunas cosas me divierten. Nada me divierte.
5	Siempre soy malo o mala. Muchas veces soy malo o mala. Algunas veces soy malo o mala.
6	A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. Me preocupa que pasen cosas malas. Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.
7	Me odio. No me gusta como soy. Me gusta como soy.
8	Todas las cosas malas son por mi culpa. Muchas cosas malas son por mi culpa.

	Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9	No pienso en matarme. Pienso en matarme, pero no lo haría. Quiero matarme.
10	Todos los días tengo ganas de llorar. Muchos días tengo ganas de llorar. De vez en cuando tengo ganas de llorar.
11	Siempre me preocupan las cosas. Muchas veces me preocupan las cosas. De vez en cuando me preocupan las cosas
12	Me gusta estar con la gente. Muchas veces no me gusta estar con la gente. Nunca me gusta estar con la gente.
13	No puedo decidirme. Me cuesta decidirme. Me decido fácilmente.
14	Soy simpático o simpática. Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. Soy feo o fea.
15	Siempre me cuesta hacer las tareas. Muchas veces me cuesta hacer las tareas. No me cuesta hacer las tareas.
16	Todas las noches me cuesta dormir. Muchas veces me cuesta dormir. Duermo muy bien.
17	De vez en cuando estoy cansado o cansada. Muchos días estoy cansado o cansada. Siempre estoy cansado o cansada.
18	La mayoría de los días no tengo ganas de comer. Muchos días no tengo ganas de comer.

	Como muy bien.
19	No me preocupan el dolor ni la enfermedad.
	Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.
	Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.
20	Nunca me siento solo o sola.
	Muchas veces me siento solo o sola.
	Siempre me siento solo o sola.
21	Nunca me divierto en el colegio.
	Sólo a veces me divierto en el colegio.
	Muchas veces me divierto en el colegio.
22	Tengo muchos amigos.
	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
	No tengo amigos.
23	Mi trabajo en las clases es bueno.
	Mi trabajo en las clases no es tan bueno como antes.
	Voy mal en las materias que antes llevaba muy bien.
24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños y niñas.
	Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños y niñas.
	Soy tan bueno como otros niños.
25	Nadie me quiere.
	No estoy seguro de que alguien me quiera.
	Estoy seguro de que alguien me quiere.
26	Generalmente hago lo que me dicen.
	Muchas veces no hago lo que me dicen.
	Nunca hago lo que me dicen.
27	Me llevo bien con la gente.
	Muchas veces me peleo.
	Siempre me peleo.

¡Muchas gracias por contestar!