PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

"CONFINAMIENTO DOMICILIARIO POR COVID-19 Y LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA, PERÍODO MARZO - JUNIO 2 020"

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

AUTORAS: AMELIA CAROLINA CIFUENTES CARCELÉN

ADRIANA MARÍA NAVAS CAJAMARCA

DIRECTOR ACADÉMICO: DR. FREDDY CARRIÓN

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. CARLOS ERAZO

QUITO, 2 020

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento se dirige a Dios, quien ha urdido nuestro camino en todo momento de nuestras vidas.

A nuestros padres, por habernos forjado como las personas que somos, muchos de nuestros logros se los debemos a ustedes.

A nuestros asesores de tesis, Dr. Freddy Carrión y Dr. Carlos Erazo, por su enseñanza, apoyo, consejos y paciencia durante todo este tiempo.

Gracias infinitas a todos ustedes.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con mucho amor a mis padres quienes han sido la base fundamental para culminar este reto.

A mi amado esposo César quien me ha apoyado incondicionalmente en este trayecto, a mi pequeño Joaquín por siempre darme una razón para seguir adelante.

A mis queridos hermanos, Freddy, Jenny, Ligia, Patricio, Sabrina, Cristian y Andrés, que con su ejemplo me han enseñado el valor y la perseverancia para seguir hacia adelante.

A mis sobrinitos, porque son la razón de sentirme orgullosa de culminar mi meta.

Sin dejar atrás a toda mi familia por confiar en mí a mis suegros, cuñados gracias por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo.

Adriana

Dedico este arduo esfuerzo a mis amores sempiternos Lenin y Ariel, que con su infinito amor y comprensión me motivaron a seguir este camino con esmero y dedicación.

A mis padres por su apoyo incondicional, su ejemplo de trabajo incansable y sabios consejos.

A mis queridos hermanos: Ivonne, Karla y Arturo; y a mis queridos sobrinos, por ser el sostén de mis ilusiones.

A mis amigas, María José y Andrea, quienes de la distancia siempre están presentes en mi vida desde hace muchos años.

A todas las personas que estuvieron, están y estarán a mi lado en cada paso.

Amelia

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO ii

DEDICATORIA iii

Lista de tablas viii

Lista de gráficos x

Lista de figuras xi

RESUMEN xiii

ABSTRACT xv

CAPÍTULO I 16

INTRODUCCIÓN 16

1.1. JUSTIFICACIÓN 21

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 22

1.4. OBJETIVOS 24

CAPÍTULO II 25

MARCO TEÓRICO 25

2.1. Salud mental 25

2.1.1. Concepto 25

2.2. Emociones 25

2.2.1. Concepto 25

2.2.2. Consecuencias de su trastorno 26

2.3. Cognición 27

2.3.1. Concepto 27

2.4. Conducta 27

2.4.1. Concepto 27

2.4.2. Consecuencias de su trastorno 27

2.5. COVID-19 28

2.5.1. Epidemiología 29

2.5.2. Estrategias de manejo 29

2.5.3. Confinamiento 31

2.5.4. Objetivos del confinamiento 31

2.5.5. Grupos vulnerables 32

2.5.6. Efectos del confinamiento 33

2.6. Antecedentes 38

CAPÍTULO III 42

MATERIALES Y MÉTODO 42

3.1. Metodología Cuantitativa 42

3.2. Metodología cualitativa 56

CAPÍTULO IV 62

RESULTADOS CUANTITATIVOS 62

4.1. Análisis descriptivo 62

4.1.1. Análisis univariado 62

4.2. Análisis bivariante 75

4.2.1. Factores asociados 75

CAPÍTULO V 78

RESULTADOS CUALITATIVOS 78

5.1. Indicadores cualitativos 78

5.1.1.Emocionalidad 81

5.1.2. Cognición 85

5.1.3. Conducta 89

5.1.4. Convivencia 92

5.1.5. Funcionalismo 96

CAPÍTULO VI 100

DISCUSIÓN 100

CAPÍTULO VII 105

CONCLUSIONES 105

RECOMENDACIONES 106

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 108

ANEXOS 115

Lista de tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables 47

Tabla 2. Operacionalización de categorías 59

Tabla 3. Descripción de la población en el estudio que responde la encuesta 63

Tabla 4. Información sobre la convivencia familiar 67

Tabla 5. Información sobre el COVID 67

Tabla 6. Apariencia personal, actitudes 68

Tabla 7. Ejercicios y juegos durante el confinamiento 69

Tabla 8. Preocupación por la salud mental del hijo/hija 69

Tabla 9. Tipo de tratamiento de acuerdo a la alteración específica 70

Tabla 10. Pacientes con trastornos de salud mental según Escala PSC 71

Tabla 11. Pacientes con trastornos de atención según Escala PSC 73

Tabla 12. Pacientes con trastorno depresivo según Escala PSC 74

Tabla 13. Pacientes con trastornos de conducta según Escala PSC 74

Tabla 14. Pacientes con trastorno de ansiedad según Escala PSC 75

Tabla 15. Asociación entre trastorno de salud mental y las variables sociodemográficas 75

Tabla 16. Asociación entre trastorno de salud mental y las características del niño 77

Tabla 17. Codificación de los indicadores cualitativos 79

Tabla 18. Codificación de las entrevistas 80

Tabla 19. Asociación entre trastorno de salud mental y las variables sociodemográficas 130

Tabla 20. Asociación entre trastorno de salud mental y las características del niño 131

Lista de gráficos

Gráfico 1. Escala Trastornos mentales (PSC) 73

Lista de figuras

Figura 1. Indicadores cualitativos de la investigación 78

Figura 2. Codigos compartidos en relación al confinamiento ante COVID-19 y su efecto en la emocionalidad 82

Figura 3. Emociones y causas identificadas por los informantes 84

Figura 4. Codigos compartidos en relación al confinamiento ante COVID-19 86

Figura 5. Efecto del confinamiento en el desarrollo cognoscitivo de los niños y adolescentes durante el confinamiento 88

Figura 6. Codigos compartidos en relación al confinamiento ante COVID-19 y su efecto en las Conductas 90

Figura 7. Conductas manifiestas en los niños y adolescentes producto del confinamiento 92

Figura 8. Codigos compartidos en relación al confinamiento ante COVID-19 y su efecto en la convivencia familiar 93

Figura 9. Convivencia en el funcionamiento familiar ante el confinamiento producto de la presencia de COVID-19 95

Figura 10. Codigos compartidos en relación a la estructura familiar 96

Figura 11. Tipo de estructura familiar 97

Figura 12. Codigos compartidos en relación a quién ejerce el rol de establecer disciplina y normas 98

Figura 13. Rol ejercido en relación a las normas y disciplinas dentro del grupo familiar 99

TÍTULO: Confinamiento domiciliario por COVID-19 y la salud mental de niños y adolescentes en la población ecuatoriana, en el período marzo – junio del 2 020.

LUGAR: Ecuador.

AUTORAS: Amelia Carolina Cifuentes Carcelén

Adriana María Navas Cajamarca

DIRECTOR ACADÉMICO: Dr. Freddy Carrión

DIRECTOR METODOLÓGICO: Dr. Carlos Erazo

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUNSCRIBE EL PROYECTO: Salud y grupos vulnerables.

RESUMEN

La pandemia provocada por el COVID-19, requirió confinamiento domiciliario por tiempo indeterminado para precautelar la salud de los ciudadanos, esto ocasionó cambios en la salud mental en niños, niñas y adolescentes. **Objetivo:** Identificar el efecto del confinamiento domiciliario por el COVID-19 en la salud mental de niños y adolescentes ecuatorianos, de 4 a 16 años, desde marzo a junio 2 020. **Materiales y método**: Un estudio con una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, se desarrolló en 1 104 niños y adolescentes de 4 a 16 años de edad a través de una encuesta en línea con la aplicación de consentimiento y asentimiento informado, la encuesta online consideró las áreas de la encuesta validada *Pediatric Symtom Check List* (PSC). La muestra de este estudio fue obtenida al aplicar la metodología bola de nieve. Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales de las variables del estudio y posteriormente a 16 informantes claves seleccionados de esta muestra se aplicaron entrevistas vía telefónica orientadas a obtener información más profunda, tomando en cuenta la realidad, vivencias y acontecimientos narrados de forma directa por los participantes. Los softwares utilizados fueron SPSS V26, Atlas Ti V8.0 y Nube de palabras V2.7.4. **Resultados**: **Cuantitativos:** La prevalencia de trastornos en la salud mental fue del 21.8 %; el 81.1% eran de procedencia urbana, 74.7% de las madres tenían educación superior, 74.1% eran familias biparentales, la media de la edad del niño fue de 8.74 (DE ±3.54) años, sexo masculino 52.4%, el 18.6% reciben <1SBU. La convivencia familiar era mala en el 2.3% de los casos antes del confinamiento y 4.4% durante el mismo. Las variables asociadas al trastorno de la salud mental fueron: procedencia de área rural (RP 1.077 IC95% 1.004-1.156 p <0.05), cambio en las horas de tarea, (RP 1.121 IC95% 1.066-1.895 p <0.05), no hacer ejercicio (RP 1.718 IC 95% 1.237-

2.387 p <0,05), no hacer actividades en el hogar (RP 1.360 IC95% 1.089-1.699 p<0.05), no hacer tareas escolares frecuentemente (RP 1.431 IC95% 1.149-1.664 p<0.05); descuidar su aseo personal, sin cambios en la alimentación o en su vocabulario (RP 2.816 IC95% 2.015-3.937 p<0.01). **Cualitativo:** Las emociones más comunes fueron tristeza, miedo, ansiedad, ira; la cognición se mantuvo estable en la mayoría, con buena adaptación a los cambios, lo cual representó un aspecto positivo; en la conducta se presentaron cambios en las rutinas diarias como el tiempo dedicado a las tareas, aseo y apariencia personal, alimentación, ejercicios y juegos; en la convivencia las familias han podido compartir más y fortalecer lazos y en funcionalismo, el padre cumple rol de disciplina y normas.

Conclusiones: Se evidencia una elevada prevalencia de adolescentes que presentaron problemas de salud mental durante el confinamiento domiciliario en este proceso de pandemia.

Palabras claves: Adolescentes, Confinamiento, Covid-19, Ecuador, Pediatría, Salud mental.

ABSTRACT

The pandemic caused by COVID-19, required home confinement for an indefinite period of time to protect the health of citizens, this caused changes in mental health in children and adolescents. **Objective:** To identify the effect of home confinement by COVID-19 on the mental health of Ecuadorian children and adolescents, aged 4 to 16 years, from March to June 2 020. **Materials and method:** A study with a mixed, quantitative and qualitative methodology, was developed in 1 104 children and adolescents from 4 to 16 years of age through an online survey with the application of informed consent and assent, the online survey considered the areas of the validated Pediatric Symtom Check List (PSC) survey. The sample of this study was obtained by applying the snowball methodology. Descriptive and inferential analyzes of the study variables were carried out and subsequently to 16 key informants selected from this sample, interviews were applied by telephone aimed at obtaining more in-depth information, taking into account the reality, experiences and events narrated directly by the participants. The softwares used were SPSS V26, Atlas Ti V8.0 and Word Cloud V2.7.4. **Results: Quantitative**: The prevalence of mental health disorders was 21.8%; 81.1% were of urban origin, 74.7% of the mothers had higher education, 74.1% were biparental families, the mean age of the child was 8.74 (SD ± 3.54) years, 52.4% male, 18.6% received < 1SBU. Family life was poor in 2.3% of the cases before confinement and 4.4% during it. The variables associated with the mental health disorder were: origin from rural area (PR 1,077 95% CI 1,004-1,156 p <0.05), change in homework hours, (PR 1,121 95% CI 1,066-1,895 p <0.05), not doing exercise (PR 1,718 95% CI 1,237-2,387 p <0.05), not doing activities at home (PR 1,360 95% CI 1,089-1,699 p <0.05), not doing schoolwork frequently (PR 1,431 95% CI 1,149-1,664 p <0.05); neglecting their personal hygiene, without changes in their diet or in their vocabulary (PR 2,816 95% CI 2,015-3,937 p <0.01). **Qualitative**: The most common emotions were sadness, fear, anxiety, anger; cognition remained stable in the majority, with good adaptation to changes, which represented a positive aspect; in behavior there were changes in daily routines such as the time devoted to tasks, grooming and personal appearance, food, exercises and games; in coexistence, families have been able to share more and strengthen ties and in functionalism, the father plays a role of discipline and rules.

Conclusions: There is a high prevalence of adolescents who presented mental health problems during home confinement in this pandemic process.

Keywords: Adolescents, Covid-19, Ecuador, Lockdown, Mental health, Pediatrics.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre de 2 019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un agrupamiento de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, con una exposición común a un mercado mayorista de mariscos, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, sin identificar la fuente del brote, según reportes de investigadores asiáticos (Zhu, et al., 2020).

El 9 de enero de 2 020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia *Coronavirida*e, que fue denominado "nuevo coronavirus", 2 019- nCoV. La enfermedad ocasionada por éste virus se denominan COVID-19 por sus siglas en inglés **CO**RONA **VI**RUS **D**ISEASE **2019.** La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), emiten la alerta internacional el 16 de enero por eventos relacionados con el nuevo coronavirus (OPS/ OMS 2020, Li et al., 2020).

Debido a la experiencia científica de los primeros estudios del virus, realizados en Asia y Europa, se evidencia que la ruta principal de transmisión son las gotas respiratorias, pero también puede transmitirse a través de contacto directo. Al momento existen mujeres embarazadas infectadas con el SARS-CoV-2; así como recién nacidos. A partir del 2 de abril de 2 020, entre los 149 760 casos confirmados por laboratorio reportados a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, solo el 1.7 % se encontraba en niños <18 años; aproximadamente el 70 % de estos casos fueron de la ciudad de Nueva York, el resto del estado de Nueva York y Nueva Jersey (Ludvigsson 2020).

Los nuevos casos confirmados de COVID-19 en las Américas, entre el 26 de agosto y el 15 de septiembre de 2 020 ascienden a 2 619 938; para el día 11 de septiembre de 2 020 (semana epidemiológica 35), 16 países la Región de las Américas emitieron sus informes

oficiales a la OPS/OMS con un total de 1 503 nuevos casos, de manera específica, Ecuador notificó 81nuevos casos de los cuales el 19 % tienen entre 0 y 11 meses, un 25 % de 1 a 4 años, 33 % 5 a 9 años, 20 % 10 a 14 años y 4% entre 15 a 19 años (OPS, 2020).

Desde el inicio de la pandemia hasta el día 8 de noviembre se confirman 49 578 590 casos acumulados a nivel mundial desde el último reporte, en el caso de la Región de las Américas el aporte es del 43 % de este total de casos, es decir 21 370 015, con un aumento nuevos casos del 26.1 % entre el 16 de septiembre y el 4 de noviembre en América del Sur. Para el día 6 de noviembre de 2 020, semana epidemiológica (SE) 44, 17 países la Región de las Américas emitieron sus informes oficiales a la OPS/OMS con un total de 2 032 nuevos casos en niños y adolescentes, de manera específica, Ecuador reportó un total de 8 casos en esta SE (OPS, 2020). Datos más recientes actualizados al 27 de noviembre indican un total de casos acumulados de 60 264 241 a nivel mundial, de los cuales se han confirmado 25 552 814 en la región de las Américas (OMS, 2020).

En la experiencia clínica, uno de los virus más importantes y estudiados es la influenza estacional, sin embargo a la luz de los acontecimientos COVID-19 a diferencia de la influenza, causa una infección clínica más leve en niños que en adultos o personas mayores. Los primeros estudios han sugerido que los niños tienen la misma probabilidad de infectarse con el coronavirus que los grupos de mayor edad, pero no hay riesgo aumentado de que presenten síntomas graves (Li et al., 2020).

Las manifestaciones físicas de respuesta ante el virus siguen apareciendo de varias formas, como la asociada a enfermedad de Kawasaki, con casos reportados a finales de abril por el Servicio Nacional de Salud británico (NHS) y otros países como: España, Francia, Estados Unidos y Bélgica; en la ciudad de Nueva York, se reportan casos de niños de 2 a 15 años que han presentado síntomas inflamatorios inusuales asociados con choque tóxico o enfermedad de Kawasaki (Syrek 2020).

Desde los primeros informes de infecciones por SARS-CoV-2 en China los padres, médicos, autoridades y los encargados de formular políticas sanitarias a nivel local en cada

país han sido conscientes de que COVID-19 no es "simplemente otro virus respiratorio" en los niños (Syrek 2020).

En respuesta a la pandemia, 107 países implementaron el cierre de escuelas antes del 18 de marzo de 2 020 como medida inicial de contención; en el Ecuador la primera ciudad en decidir la suspensión de la jornada estudiantil fue la ciudad de Quito, tras la decisión de su alcalde declarando la emergencia sanitaria tras el aparecimiento de más casos, y para precautelar la salud de los ciudadanos. Para el día 17 de marzo se inicia la declaratoria de confinamiento obligatorio ante la posibilidad alta de diseminación del virus entre los ciudadanos y la incapacidad sanitaria de resolución de las complicaciones y mortalidad ya vista en otros países.

En éste contexto, se inicia a nivel nacional un confinamiento obligatorio para toda la sociedad, exceptuando en inicio a los profesionales de salud, de seguridad, de transporte de alimentos; pero definitivamente obligatorio a niños, niñas y adolescentes, iniciando un esquema de convivencia familiar, en donde la población infanto-juvenil suspende su asistencia a clases, y el Ministerio de Educación (MINEDUC) del Ecuador decide un sistema de educación virtual, en unos casos, y de envío de tareas de forma acumulada, en otros (MINEDUC 2020).

Este confinamiento incluye cierres a corto y mediano plazo, toque de queda voluntario en el hogar, restricción en la reunión de grupos de personas, cancelación de eventos sociales y públicos planificados, cierre de sistemas de transporte público y otras restricciones de viaje.

En Ecuador es la primera vez, como lo es en otros países del mundo, que se indica un confinamiento domiciliario obligatorio, en éste contexto autoridades, padres y cuidadores desconocen las consecuencias físicas y mentales que el mismo acarreará respecto la salud física y mental de la población adulta, mucho menos la infantil. Estudios previos que se han realizado en poblaciones que han sufrido desastres y han estado expuestas a riesgo de infección o cuarentenas, reportan problemas psicosociales, especialmente para la población reconocida como vulnerable (niños y adolescentes, adultos mayores, grupos minoritarios,

aquellos de grupos socioeconómicos más bajos, mujeres y personas con afecciones de salud mental preexistentes), aunque se enfatiza que todos los seres humanos corren el riesgo de sufrir daños psicológicos cuando se mantienen aislados (Clayton, Mccabe, Everly, & Links, 2009).

En el mundo, al ser un problema de expansión global, se evidencia un impacto dramático secundario a la pandemia por COVID-19, y la población infanto-juvenil no es indiferente a este suceso; es susceptible de experimentar alteraciones en su desarrollo mental asociado a aislamiento físico, social, fuertemente ligado a el corte de su patrón de desempeño habitual (ausentarse a la escuela por un período prolongado de tiempo).

Generalmente, se estima que los trastornos mentales afectan a una de cada cuatro personas en algún momento de sus vidas, y son problemas universales que afligen a toda la población; en cuanto a la niñez, tradicionalmente se le había concebido una limitada importancia partiendo del presupuesto erróneo que éstos eran problemas poco frecuentes los que se originan en la niñez. La evidencia que aporta la investigación epidemiológica demuestra todo lo contrario, al menos un 10-15% de los niños, niñas y adolescentes sufre trastornos mentales, y hay otro grupo de menores, que tienen problemas psicosociales que constituyen factores de riesgo para desarrollar alteraciones mentales en su vida (Martínez & Belfort, 2010).

El confinamiento, adicional a ser una medida preventiva parece haberse convertido en una amenaza y un factor de adversidad, afectando la esfera psicosocial de las familias, en este sentido, los estudios sobre la afectación psicológica en niños durante la pandemia del COVID-19 son escasos, y los pocos estudios a la fecha mencionan factores involucrados en las repercusiones psicológicas en los niños y adolescentes durante la pandemia como lo son: miedo a la infección, aburrimiento y frustración, a lo que se suma las carencia en cuanto al contacto con su esfera social cotidiana y la pérdida y/o ausencia de familiares. En epidemias anteriores con aislamiento, los adolescentes tienen problemas para acatar a las medidas impuestas por lo que tienden a romper la cuarentena, convirtiéndose en un grupo con riesgo de conductas negativas y consumo de sustancias nocivas (Palacios, Londoño, Nanclares, Robledo, & Quintero, 2020).

Uno de los estudios más importantes acerca de este tema es el de Sprang & Silman, (2013), quienes afirman que la prevención ante enfermedades contagiosas, potencialmente peligrosas incluye medidas de contención como cuarentena y el aislamiento, estas a su vez pueden causar traumas en muchos niños y sus padres. Uno de los trastornos en la esfera mental que se presenta con más frecuencia en estos casos en el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), en su estudio realizado en la ciudad de Los Ángeles, California, ante un desastre pandémico, el 30 % de los niños en cuarentena presentaron criterios para el TEPT, de acuerdo con los datos proporcionados por los padres, y el 25% de los padres aislados o en cuarentena presentaban criterios para este trastornos psicológico según sus autoinforme.

Según Patricio del Castillo & Pando, (2020), existen pocos datos acerca de las consecuencias sobre la salud mental en infecciones epidémicas; estudios de epidemias anteriores como el SARS del 2 003 y la pandemia de gripe A (H1N1) en 2 009, encontraron un alto nivel de estrés, en términos generales alta incidencia de TEPT en niños durante el confinamiento. (Patricio del Castillo & Pando, 2020).

Los datos sobre las manifestaciones psicológicas del efecto de la pandemia por COVID-19 en niños y adolescentes son variables, con una clara evidencia de aumento de trastornos emocionales, en este sentido se ha registrado la tasa más baja de trastornos de ansiedad entre niños norteamericanos de 11 años con 2.6 % y la más alta entre japoneses de 7 a 9 años con 41.2 %. Los trastornos depresivos se elevaron del 8.7 al 11.3 % entre los niños norteamericanos de 9 años; en términos generales se ha evidenciado un aumento de los problemas de ansiedad y depresión con la pandemia del COVID-19 en la población de estudiantes de secundaria y bachillerato en China con niveles de 43.7 % y 37.4 % respectivamente, en comparación con etapas previas a este brote ubicada en 19.8 % (Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de España, 2020).

En Europa, un trabajo con infantes italianos y españoles demostró que durante el confinamiento por COVID-19, los padres afirmaron que sus hijos presentaron cambios emocionales y comportamentales como: dificultad para concentrarse en el 76 %, irritabilidad

e inquietud en el 39 %, ansiedad en el 28.4 %, tristeza en el 23.3 %, miedo a infectarse por COVID-19 en un 23.1 %. Entre los niños españoles se presentaron tasas más elevadas respecto a los italianos siendo más nerviosos 44 %, más irritables 43 %, y con más problemas de conducta en el 30 % de los entrevistados (Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de España, 2020).

1.1.JUSTIFICACIÓN

En enero del 2 020, la OMS declaró el brote de la enfermedad COVID-19 como una emergencia de salud pública de gran importancia internacional, y en marzo del 2 020, declaró pandemia por el COVID-19.

El Ecuador anunció el 29 de febrero el primer caso nacional, importado de España, la paciente cero habría llegado el 14 de febrero iniciando en nuestro país una ola de casos por COVID-19.

Desde finales de febrero se ha visto un ascenso exponencial de casos de COVID-19, siendo el Ecuador uno de los países más infectados *per cápita* del mundo, con un pico máximo el mes de abril. El 16 de marzo del 2 020, el presidente del Ecuador declaró el estado de excepción por el COVID-19, el país se mantuvo bajo aislamiento social obligatorio desde marzo 17 hasta septiembre 2 del año 2 020, tiempo en el que se está produjo en la población alteraciones en la salud mental, es por este motivo que realizamos un estudio dirigido a la población pediátrica, ya que nuestro país aún no cuenta con estudios sobre la prevalencia y características del tipo de alteraciones mentales durante el confinamiento en niños y adolescentes.

Estudios extranjeros evidencian que el aislamiento social asociado con la cuarentena, puede ser el catalizador de muchas secuelas de salud mental, incluso en personas sin alteraciones previas conocidas; éstos pueden incluir trastornos de estrés agudo, irritabilidad, insomnio, angustia emocional y trastornos del estado de ánimo, incluidos síntomas depresivos, miedo, pánico y ansiedad debido a preocupaciones financieras, frustración y

aburrimiento, soledad, falta de suministros y falta de comunicación (Bai et al., 2 004 ; Brooks et al., 2 020). Se ha descrito que cuanto más tiempo una persona esté confinada en cuarentena, más pobres serán los resultados de salud mental; específicamente según estudios se pueden ver síntomas de TEPT, conducta de evitación y enojo (Brooks, et al., 2020), lo que puede indicar que la cuarentena en sí misma puede ser percibida y experimentada como un evento traumático (Hawryluck et al., 2 004).

La presente investigación es de mucha relevancia e importancia debido a que se evidenciaron características importantes referentes a salud mental infantil ecuatoriana; ésta en varias ocasiones y escenarios es considerada como intrascendente por lo que se ha visto la necesidad de realizar este estudio a nivel nacional, con lo que se aportó datos de gran alcance que pueden ser el origen de estudios globales. Se enfocó en la población infanto juvenil para reconocer de manera más precisa y objetiva las conductas, emociones y comportamiento durante el confinamiento.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los primeros hallazgos de la infección por Sars CoV-2 se reportan en China, en donde los primeros casos en niños demuestran que ésta infección en ésta población registra un menor índice de complicaciones, sin embargo, los informes iniciales de las áreas afectadas por el brote, indican que los niños y adolescentes han sido afectados a escala mental, con alteraciones en su comportamiento, emociones y afectividad. Estudios señalan que niños entre 3 a 6 años tenían más probabilidades de manifestar síntomas, como apego y temor de que los miembros de la familia puedan contraer la infección, mientras que los niños de 6 a 18 años eran más propensos a mostrar falta de atención e ira. El aferramiento, la falta de atención y la irritabilidad fueron las afecciones psicológicas más graves demostradas por los niños en todos los grupos de edad. El confinamiento y la pandemia según estos estudios están afectando el desenvolvimiento social y familiar, al influir en el comportamiento cotidiano y

provocar, en el ámbito psico-afectivo y conductual, sentimientos variados con repercusión negativa en el desarrollo infanto-juvenil (Jiao, et al., 2020).

Los investigadores encontraron efectos psicológicos negativos, incluidos síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo; en el confinamiento instaurado en China, sin tener en cuenta que se avecinaba un confinamiento que afectaría también a la sociedad a nivel mundial. Los investigadores de China en colaboración con investigadores europeos, crearon conciencia sobre las necesidades psicológicas de los niños durante las epidemias e informaron los primeros datos recopilados en las áreas afectadas por COVID-19 durante el brote actual, haciendo hincapié en el papel de las familias y cuidadores en el reconocimiento oportuno y manejo de emociones negativas (2020)

Existe evidencia de altos niveles de estrés relacionado con el tipo de trabajo de los padres y/o cuidadores, en referencia a los actuales eventos relacionados a COVID 19. Los trabajadores médicos de primera línea corren el riesgo de resultados físicos adversos de la enfermedad así como también resultados psicológicos; datos de pandemias anteriores, particularmente después de cuarentena, sugieren que los trabajadores de la salud podrían desarrollar síntomas de TEPT, depresión y trastornos por consumo de sustancias. Los datos preliminares de China e Italia durante la pandemia COVID-19 ofrecen más evidencia; los trabajadores de la salud en China informaron depresión (en 50.3%), ansiedad (44.6%) e insomnio (34.0%) (Lai, 2020), (Rossi, 2020), datos importantes que acentúan la intervención negativa de éstos sucesos a nivel del núcleo familiar y social.

1.3.PROBLEMA DE INVESTIGACION

Pregunta de Investigación:

¿Cuáles son los efectos del confinamiento domiciliario por COVID 19, en la salud mental de niños y adolescentes, en el período marzo- junio del 2 020?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar los efectos del confinamiento domiciliario por el COVID-19 en la salud mental y emocional de niños y adolescentes de 4 a 16 años, que viven en la República del Ecuador, desde marzo a junio 2020.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Analizar la relación entre determinadas variantes sociodemográficas y alteraciones de la salud mental de la población infanto-juvenil durante el confinamiento por COVID 19.
- Describir las características de convivencia durante el confinamiento por COVID 19.
- Determinar la conducta durante el confinamiento en la población pediátrica.
- Identificar aspectos emocionales predominantes de los niños y adolescentes durante el confinamiento.
- Describir alteraciones cognitivas de los niños y adolescentes durante el confinamiento.

HIPÓTESIS: Los efectos del confinamiento domiciliario por COVID-19 alteran la salud mental en escolares y adolescentes que habitan en el Ecuador.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Salud mental

2.1.1. Concepto

La salud mental se concibe como un estado de bienestar integral de un individuo, una percepción subjetiva que le permite afrontar las demandas cotidianas de manera eficaz, determinando su capacidad intrínseca de resolver conflictos y alcanzar cierto nivel de adaptación efectiva al entorno. La salud mental proporciona equilibrio cognitivo, emocional y conductual, la satisfacción de las necesidades y contribuye preservar la salud física. Es esencial para mantener la capacidad de expresar los sentimientos, pensar, comunicarse e interactuar con otras personas, disfrutar la vida y funcionar individual y colectivamente. La salud mental está determinada por elementos socioeconómicos, medioambientales y físicos o biológicos, así como factores inherentes a la personalidad y a la esfera psicológica (OMS, 2018).

2.2. Emociones

2.2.1. Concepto

La emoción es una alteración afectiva intensa que acompaña o sigue inmediatamente a la experiencia de un suceso feliz o desdichado, o que significa un cambio profundo en la vida sentimental de un individuo. Las emociones constituyen el conjunto de reacciones experimentadas por una persona en respuesta a estímulos externos, con el fin de permitir una adaptación adecuada al medio, las más comunes suelen concebirse como alegría, tristeza, miedo e ira; un erróneo manejo de éstas provoca patologías de complejidad variada. Algunas emociones fáciles de identificar constituyen aquellas que afloran ante resultados negativos, consecuentemente aparecen sentimientos de tristeza, ira, temor, etc. Emociones positivas despuntan respuestas alegres, de regocijo, con manifestaciones de alegría y satisfacción;

cuando aparece confrontación por intereses diferentes surje el enojo y la ira, éstas emociones en niños y adolescentes toman matices variados y complejos (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2020).

Las emociones guardan estrecha relación con las funciones mentales, por ejemplo, a nivel cognitivo, la emoción y el miedo, de acuerdo a su intensidad, puede limitar la capacidad de autocontrol y provocar reacciones similares a las de especies inferiores, la conducta tiende a dar respuesta a la necesidad de supervivencia, decidiendo entre luchar, huir o paralizarse. A nivel fisiológico, el miedo genera una serie de reacciones físicas, preparando al organismo para dar una respuesta. En el nivel subjetivo, según la experiencia previa de la persona, el miedo genera diferentes sensaciones de intensidad variables que marcaran la experiencia desagradable como única e inolvidable (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2020).

2.2.2. Consecuencias de su trastorno

En los casos que la salud mental se afecta, se presentan problemas en áreas cuyos criterios sobrepasan los límites de la normalidad, afectando de maneras diferentes al individuo, por ejemplo, baja autoestima, menor capacidad para competir, depresión, ira, distorsión de la realidad, ansiedad y reactividad fisiológica intensificada (Orozco, 2014).

Las emociones patológicas tienen un gran componente de descontrol afectivo, déficit de regulación, ruptura con la homeostasia, disminución de capacidad de realizar actividades positivas, entre otras características, ejemplo de esto son los estados depresivos, donde las personas presentan alteraciones en las habilidades emocionales. Los trastornos de ansiedad incluyen trastornos de pánico, ansiedad generalizada, estrés postraumático y el trastorno límite de personalidad (Hervás, 2011).

2.3. Cognición

2.3.1. Concepto

La cognición es la capacidad que tienen las personas de obtener información de su entorno, y a partir de su procesamiento por parte del cerebro, darle un significado e interpretar toda la información que recibe a través de la experiencia, la percepción y la subjetividad (Fuenmayor & Villasmil, 2008).

El deterioro cognitivo provoca un síndrome que se caracteriza por los déficits en esa área que se comparan con la respuesta esperada según la edad y la cultura del paciente. La psicología cognitiva determina que el deterioro cognitivo es un estado transicional y analiza si el paciente está presentando déficits propios del proceso de envejecimiento o se trata de un estadio temprano de demencia (Cancino & Rehbein, 2016).

2.4. Conducta

2.4.1. Concepto

El concepto de conducta implica las acciones que la persona ejecuta, así como el significado que logra establecer cuando hace asociaciones y relaciona los elementos, esto último otorga sentido funcional al concepto (Balasch, 2007).

2.4.2. Consecuencias de su trastorno

El problema de conducta se observa en gran cantidad de niños que acuden a nivel de educación básica, con una repercusión considerable en el aprendizaje y en aspectos sociales como su vida familiar y comunitaria. Estas conductas pueden ser el resultado de la combinación de una base genética con el entorno familiar y comunitario, conformando rasgos volitivos en el infante, a esto se le agrega el escenario del desarrollo psicoevolutivo marcado por periodos críticos y fases que establecen la forma de pensar, sentir y ser de los niños (Ramírez, 2018).

Las llamadas conductas desadaptativas o disruptivas se manifiestan al principio con falta de control progresivo de la ira, conductas desafiantes ante leyes y normas. En la mayoría de los individuos se presentan de manera temporal y forma parte del proceso evolutivo, en estos casos, cesan cuando la causa subyacente logra identificarse y tratarse. Si se evidencia continuidad en los problemas de conducta generan frustración tanto en el niño como familiares y su entorno social, como por ejemplo la escuela, provocando rechazo. Los principales elementos que influyen en la generación de tales conductas son el entorno social y cultural (Castillo, Chávez, & Zoller, 2019).

2.5. COVID-19

Los coronavirus forman parte de la familia *coronaviridae*, virus capaces de ocasionar una serie de enfermedades en el tracto respiratorio, que pueden incluir desde un resfriado común, hasta procesos más complicados como el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), por tal motivo han dejado de ser considerados como virus relativamente inofensivos captando la atención de científicos a nivel mundial (Yin & Wunderink, 2018). En diciembre del 2 019, se aisló una cepa de coronavirus en Wuhan, China, causante de la enfermedad denominada COVID-19, considerada pandemia por la afectación causada a nivel mundial y por su rápida propagación (OMS, 2020).

El COVID-19 por lo tanto, puede definirse como una enfermedad de tipo infecciosa cuyo agente causal es el coronavirus SARS-CoV-2, definido así por el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los Virus (ICTV por sus siglas en inglés) "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo", con síntomas similares de gripe y en algunos casos es capaz de provocar Infección Respiratoria Aguda Grave (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2020b).

2.5.1. Epidemiología

Desde su aparecimiento, posterior a su rápida difusión, el número de casos a nivel mundial ha presentado varios picos de morbi-mortalidad, con discretas diferencias entre regiones, pero con afectación uniforme en el grupo etario adulto. A partir de la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 18 de septiembre al 13 de octubre de 2 020, se han informado 37 704 153 casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 1 079 029 defunciones, lo que representa una suma de 8 548 572 casos confirmados, incluidas 152 485 defunciones en todo el mundo. Al 13 de octubre de 2 020, del total de casos confirmados a nivel mundial, la proporción más alta de casos en orden decreciente, según regiones de la OMS es la siguiente: la región de las Américas representa 48% del total casos confirmados y 55% del total de las defunciones (18 004 043 casos, incluidas 592 561 defunciones), seguida por las regiones de Asia Sudoriental que representa 21% del total de casos y 12% del total de defunciones (8 053 218 casos, incluidas 128 762 defunciones) y Europea con 19% del total de casos y 23% del total de defunciones (7 108 781 casos, incluidas 248 498 defunciones) (OPS/OMS, 2020).

La mayoría de casos asintomáticos son pacientes jóvenes y niños. En un estudio realizado en 72 314 pacientes de China, el 1.2 % eran asintomáticos, en el caso de los pasajeros del barco *Diamond Princess*, cuarentenado en Japón, el 50 % estaban positivo y el 18 % eran verdaderos asintomáticos (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020).

En el Ecuador según el reporte diario emitido por el MSP, hasta el 20 de diciembre existen 198 752 casos confirmados, 13 794 personas fallecidas, 436 480 casos descartados, 24 006 casos con alta hospitalaria y 174 188 personas recuperadas (MSP, 2020)

2.5.2. Estrategias de manejo

En el contexto de atención primaria, secundaria y terciaria, el sistema nacional de salud ha tratado de acoplarse a protocolos internacionales, en función de la capacidad resolutiva y las características de la enfermedad en la población ecuatoriana; el MSP emitió un boletín de

información dirigido a profesionales de salud en donde se emiten las estrategias de manejo para pacientes afectos de COVID- 19:

- Triaje en los centros de atención, identificación oportuna y activa de pacientes sospechosos, probables y confirmados.
- Manejo ambulatorio-domiciliario activo de los casos sospechosos/confirmados de COVID-19 no grave.
- Realizar anamnesis, examen físico, identificar los factores de riesgo y signos de alarma de los casos sospechosos/confirmados.
- Establecer la clasificación de gravedad, identificar complicaciones y referir oportunamente a los pacientes sospechosos/diagnosticados para manejo hospitalario.
- Supervisión clínica presencial o a distancia (telemedicina) de los pacientes COVID-19 en aislamiento domiciliario y sus contactos.
- Seguimiento de pacientes con alta hospitalaria: recuperación, rehabilitación curación y/o complicaciones.
- Asesorar al paciente y/o cuidador respecto a los signos y síntomas de enfermedad complicada, aspectos del cuidado y el manejo del entorno.
- Pesquisa y vigilancia de patología mental sobre todo en pacientes COVID-19, población en cuarentena y personal de salud.
- Prevención, promoción y contingencia de la enfermedad en la comunidad.
- Educación enfática sobre las medidas comprobadas de prevención: la cuarentena domiciliaria y el distanciamiento social de la población general.
- Vigilar y mantener activamente la salud de la población en estado de vulnerabilidad/riesgo (Mayores de 60 años, comorbilidades, inmunocomprometidos, embarazadas, niños, etc.) En el Ecuador se ha encontrado que la mortalidad de los pacientes mayores de 50 años son un grupo importante de riesgo.
- Priorizar y optimizar recursos humanos, materiales e insumos en la prestación sanitaria, entre otras. (MSP, 2020).

2.5.3. Confinamiento

El aislamiento domiciliario por cuarentena es la limitación o restricción de una serie de actividades habituales que normalmente se hacen fuera del hogar, con la finalidad de confinar a aquellas personas que se expusieron a la infección y representan potencial peligro de desarrollar la enfermedad y transmitirla a otros. Las principales indicaciones de cuarentena o aislamiento domiciliario son para las personas que se encontraban en el extranjero y proceden de un país con brote activo, los que estuvieron en contacto con alguna persona que tiene enfermedad confirmada, entre otros. El aislamiento domiciliario dura aproximadamente 14 días que corresponde al periodo de incubación. Las personas en aislamiento no deben salir del hogar, no visitar ni recibir visitas, participar en eventos sociales, mantener distancia física con los demás miembros del hogar y tomar en cuenta las medidas de higiene (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2020b)

La cuarentena de aislamiento es el confinamiento que deben mantener los pacientes con COVID-19 positivos por pruebas preliminares y están a la espera de los resultados de la PCR o que mantuvieron contacto estrecho con un paciente confirmado. Este aislamiento se realiza en el domicilio, centro hospitalario o en las residencias sanitarias, de acuerdo con las indicaciones del caso. La cuarentena territorial, se refiere a zonas geográficas donde se prohíbe la libre circulación para limitar los contagios comunitarios y la cuarentena preventiva es el confinamiento indicado a personas con más de 75 años, grupo etario considerado de alto riesgo (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2020c).

2.5.4. Objetivos del confinamiento

En el contexto de la pandemia por COVID-19, se dictaron algunos lineamientos para proteger al niño y al adolescente, grupos etarios que se pueden alterar de forma rápida durante la cuarentena, entre las medidas establecidas se incluyó el cierre de las instituciones educativas y la limitación para la movilidad, lo que altera grandemente sus rutinas y el apoyo social de su entorno. Adicionalmente, estas medidas representan elementos estresantes para el niño, niña y adolescente, incluso para sus padres y cuidadores, quienes deben buscar

alternativas de cuidado o abandonar sus trabajos para poder cuidarlos en casa. Algunas medias para prevenir el COVID-19 pueden ser discriminativas y estigmatizantes, aumentar la violencia y el desequilibrio psicosocial, no se toman en cuenta la exclusión económica y los entornos masificados que aumentan la vulnerabilidad de género, especialmente de mujeres y niñas (Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria, 2020).

2.5.5. Grupos vulnerables

Los niños y adolescentes son grandes observadores de los adultos y de su entorno, por lo tanto, reaccionan al estrés en sus padres y otros cuidadores, se hacen preguntas acerca de lo que sucederá en el futuro y pueden comportarse de manera diferente en reacción a sentimientos fuertes, como miedo, preocupación, tristeza, ira; sobre la pandemia y las condiciones relacionadas. Los niños también pueden preocuparse por su propia seguridad y la seguridad de sus seres queridos, cómo satisfarán sus necesidades básicas e incertidumbres para el futuro. Cuando reciben apoyo de cuidadores sensibles y receptivos, la mayoría puede regresar a su funcionamiento típico, mientras que otros corren el riesgo de desarrollar problemas significativos de salud mental. El confinamiento mantiene a los niños seguros físicamente para evitar contagio por COVID-19, sin embargo, es muy importante cuidar la salud emocional (Dym, Griffin, & Thomson, 2020).

Durante el confinamiento por el COVID-19, los niños y adolescentes, han experimentado cambios radicales en su rutina habitual, tanto a nivel familiar como en los aspectos educativos y de su entorno social, lo que ha generado un impacto emocional y psicológico, dependiendo de la etapa del desarrollo en el que se encuentra y del apoyo que percibe del entorno familiar, por tanto, una de las principales recomendaciones para el especialista en pediatría, es tener presente la posibilidad de estar ante la presencia de alguna alteración en la esfera psicosocial para derivar al niño o adolescente a la consulta de salud mental. Durante el confinamiento se han elevado los casos de traumatismos y accidentes domésticos, se han agravado los niños con enfermedades psiquiátricas y registrado retraso diagnóstico de patologías comunes, incluyendo emergencias, por el miedo a acudir a centro hospitalarios y contagiarse del virus (Asociación Española de Pediatría, 2020).

Según la evidencia de vulnerabilidad psicopatológica, algunas personas presentan mayor riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas ante la pandemia de COVID-19, algunos de estos factores involucran la edad, sexo, tipo de estructura familiar, nivel educativo, minoría étnica, condiciones físicas y mentales. Los grupos especialmente vulnerables son los que se encuentran en edad infantil, sexo femenino, los pacientes con patologías psicológicas, los que se encuentran en condición de refugiados o migrantes, individuos con diversidad sexual. El riesgo aumenta en las personas con situación económica problemática, sensación de incertidumbre respecto a la pandemia y los que presenten la enfermedad por COVID-19 con síntomas graves. Es posible que se presenten trastornos obsesivo-compulsivos, miedo excesivo al contagio, principalmente en individuos que reciben gran bombardeo de información sobre el COVID-19 o que no tienen la edad suficiente para procesarla (Balluerka, 2020).

La cuarentena en tiempos de pandemia ya sea en el hogar u hospitalizados, aumenta la vulnerabilidad de niños y adolescentes, esta depende de los cambios que sufra el entorno donde viven con alto riesgo de trastornos por estrés y problemas psicosociales, a lo que se suma el limitado acceso de atención para salud mental, aspecto que puede agravar situaciones preexistentes o surgir nuevos trastornos. Los niños y adolescentes pueden manifestar conductas de tipo desafiante, tales como discusión de normas y reglas, negándose a obedecerlas. Es importante tener presente que el estrés de los cuidadores, consumo de alcohol y sustancias tóxicas, han identificado como factores de riesgo para violencia doméstica, negligencia parental, maltrato físico y psicológico hacia el niño y adolescente (Espada, Orgilés, Piqueras, & Morales, 2020).

2.5.6. Efectos del confinamiento

El confinamiento en los hogares como medida preventiva para evitar el contagio por COVID-19, ha sido un proceso con características sin precedentes en cuanto a la extensión global e impacto generalizado en las sociedades del mundo, con consecuencias a nivel de la salud física y psicológica de las personas; entre los motivos, se cuenta la paralización de actividades económicas, cese de actividades educativas y recreacionales, así como la

duración del confinamiento por largo tiempo, afectación del bienestar por cambios en la hábitos y rutinas, generación de estrés psicosocial, con la interrupción de las actividades cotidianas y la instalación de hábitos poco saludables como cambios de patrones de sueño y de alimentación, mayor tiempo frente a ordenadores y sedentarismo (Wang, et al., 2020).

Existe gran cantidad de información acerca de la enfermedad por coronavirus COVID-19, aumentando la sensibilidad de niños y adolescentes, en quienes puede generar miedo y provocar altos niveles de ansiedad. Ante esta situación, el Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, (2020a) ha descrito una serie de efectos que pueden ocasionar alteraciones en la estabilidad psicosocial de los grupos más vulnerables:

- El confinamiento genera estrés en los niños y adolescentes
- Las reacciones por miedo o ansiedad suelen manifestarse de formas diferentes en cada individuo, algunos exteriorizan sus preocupaciones, otros pueden presentar trastornos del sueño, cefaleas, dolor abdominal, ira, miedo a estar solos, entre otros.

Las alteraciones varían de acuerdo a la edad del niño, en los menores de un año pueden presentarse retraso en el desarrollo psicomotor por la inamovilidad frecuente, por lo que se recomienda estimularlos y hacerles ejercicios propios para la edad; los niños de uno a cinco años, deben mantenerse activos físicamente al menos unas tres horas al día; para los mayores de cinco años, se aconseja una hora de actividad moderada a intensa por día; los niños eran sedentarios antes del confinamiento, pueden agravar su situación y aumenta la inamovilidad, provocando graves impactos en su salud. Los niños con alteraciones psicomotoras deben recibir rehabilitación, por lo que es importante solventar en estos casos los problemas de movilización e intentar apoyo a través de la telemedicina (Comité de Promoción de la Salud de la Asociación Española de Pediatría, 2020).

De la poca evidencia que existe acerca del impacto del confinamiento por COVID-19 en la esfera psicológica, se cuentan con escasos estudios realizados en la población China y algunos países europeos. En China un estudio realizado en población general de 12-59 años, determinó que el 53 % de los participantes en la investigación presentaron un impacto

psicológico como moderado a grave, el 16 % manifestó clínica depresiva moderada o grave, un 28 % refirió síntomas de ansiedad moderados o graves y 8 % niveles moderados o graves de estrés, el 75 % manifestó que su preocupación principal era el potencial contagio de sus familiares (Wang, et al., 2020).

No se cuenta con suficiente evidencia de estudios en América Latina ni en Ecuador acerca del impacto del confinamiento por COVID-19 en la esfera psicológica en niños, niñas y adolescentes. Los principales efectos en salud mental se han clasificado mediante la identificación de las principales esferas descritas a continuación:

- Efectos cognitivos

Durante y después del confinamiento, se pueden establecer dos posibles alternativas de afecciones psicológicas en niños y jóvenes: a) Las específicas motivadas en el contexto de la COVID-19, entre estos las alteraciones de conducta debido a niveles altos de estrés familiar, principalmente en aquellas familias con fuerte deterioro económico, social y afectación grave de salud por padecimiento o muerte de miembros por COVID-19. b) Las inespecíficas, en las que los desencadenantes son difíciles de precisar y no se relacionan de forma directa con la pandemia y el confinamiento, se trata de preocupaciones de diversa intensidad y alteración moderada sobre la salud, por ejemplo pesimismo sobre el futuro, sensación de incertidumbre y de elevada vulnerabilidad (Espada, Orgilés, Piqueras, & Morales, 2020).

En España, el efecto del confinamiento se evidenció en los hábitos cotidianos de al menos 10.3 millones de niños en edad escolar y jóvenes universitarios, siendo el confinamiento domiciliario la medida con mayor impacto en la vida de las personas, con potencial efecto negativo en el bienestar físico y psicosocial. Las clases presenciales fueron sustituidas por diferentes alternativas *on line*. Sin embargo, se estima que el 10 % de los escolares no puede seguirlas en virtud de que una de cada cinco familias en España no poseen la tecnología necesaria, por ejemplo computadores, sin embargo, algunos alumnos logran solventar con los teléfonos de sus padres, lo que representa un elemento de vulnerabilidad y desigualdad social (2020).

- Efectos conductuales

La cuarentena de COVID-19 ha afectado a más de 860 millones de niños y adolescentes en todo el mundo, y hasta la fecha se han desarrollado pocos estudios que determinen el impacto psicológico en sus vidas. El primer estudio con población infantil española concluyó que el 89 % de niños presentaban alteraciones conductuales o emocionales como resultado del confinamiento (Orgilés, Morales, Delveccio, Mazzeschi, & Espada, 2020).

Las principales reacciones de los niños menores de 5 años durante el confinamiento por la pandemia pueden incluir: miedo a estar solos, pesadillas, enuresis nocturna, trastornos del apetito, cambios de comportamiento, tales como enojos, berrinches, rabietas y quejas. En etapa escolar se presenta irritabilidad, agresividad, llanto frecuente, retraimiento, insomnio y malestares físicos (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2020a).

Las conductas de riesgo aparecen como respuesta al sufrimiento del adolescente, teniendo en cuenta que éste está atravesando un momento crítico de su existencia, donde se ve desbordado por múltiples sentimientos producto de los cambios iniciados en la pubertad y sucedidos en la adolescencia. Se podría decir que la entrada en la adolescencia es un tanto abrupta para el joven, quien tiene que pasar por varias pérdidas, esto provoca en él incomodidad consigo mismo, se ve gobernado por la desconfianza e inseguridad hacia su entorno, sienten soledad, y angustia. La conducta de riesgo aparece como una manera, no muy saludable, de apaciguar ese sufrimiento, “drenar” esa angustia que siente. La conducta de riesgo en la mayoría de los casos se produce de forma inconsciente y no siempre es lúcida o claramente calibrada en sus consecuencias, el inconsciente juega un papel considerable. La acción violenta dirigida contra sí mismo representa una modalidad destructiva y patológica defensiva de la propia identidad narcisista (Yo decido sobre mi cuerpo y sobre mi vida) (Seoane, 2015).

- Efectos emocionales

Según Miguel-Tobal y Cano-Vindel, (2002), las emociones tienen una gran influencia sobre la salud, en este sentido, la psicopatología de las emociones abarca dos grandes grupos de trastornos emocionales que ocupan las principales patologías del área:

- Trastornos de ansiedad: Se trata de una respuesta emocional paradigmática que se manifiesta cuando el individuo percibe una situación de peligro o amenaza, incluye trastornos psicológicos y fisiológicos, genera en el individuo bajo rendimiento educativo o laboral, aprensión, inseguridad, temor, dificultada para tomar decisiones, así como diversas manifestaciones fisiológicas y motoras. Es situaciones muy estresantes se relaciona con patologías como la conducta adictiva, trastornos sexuales, de alimentación y sueño, entre otros

- Trastornos depresivos: se deriva de sucesos displacenteros, separación, duelo, pérdida y fracaso, se manifiesta con estados de ánimos tristes, sensación de culpa, indecisión, dificultad para concentrase; a nivel fisiológico con pérdida de peso, insomnio, fatiga y poca energía; a nivel moto enlentecimiento y restricción de actividades.

Las condiciones que se generan en una pandemia se convierten en fuentes de estrés para los individuos, donde los principales elementos involucrados en las alteraciones psicológicas incluyen el miedo a infectarse, dificultad para expresar sentimientos de frustración, exteriorizar el aburrimiento, limitaciones para cubrir necesidades básicas y el manejo de información y conocimientos claros sobre qué hacer en estos casos, a lo que se agrega el rechazo que reciben las personas infectadas. La persona que vive una pandemia es proclive a desarrollar trastornos de estrés agudo, estrés postraumático y problemas de adaptación al dolor (2020).

Los desastres pandémicos y las subsiguientes enfermedades, pueden crear una condición traumática en la familia. Debido a que los desastres pandémicos son únicos y no incluyen sitios de congregación para un apoyo y recuperación, requieren estrategias de respuesta

específicas para garantizar las necesidades de salud conductual de los niños y las familias. La planificación pandémica debe abordar estas necesidades y medidas de contención de enfermedades (Sprang & Silman, 2013).

Los niños con rasgos de introversión podrían exacerbar sus reacciones al estar separados de sus contextos habituales si deben permanecer al cuidado de otras personas durante la cuarentena, mientras que los niños con tendencia a la preocupación, pueden presentar síntomas de ansiedad y aprensión incluso luego que termine la cuarentena, reacciones como miedo al contagio, puede desencadenar síntomas similares a un trastorno obsesivo-compulsivo, por lo general más frecuente en niños que reciben excesiva información sobre el COVID-19 o la misma no es la más apropiada de acuerdo con su edad. (Espada, Orgilés, Piqueras, & Morales, 2020)

- Efectos en los hábitos

Los adolescentes reaccionan de manera diversa ante el estrés, cambian las rutinas de actividades habituales y pasan mayor tiempo conectados a las redes sociales, pueden alterar los hábitos de sueño, ejercicio físico y comida, extrañan a sus amistades, lo que puede generar ansiedad, aumenta su preocupación por la información que circula en las redes sociales y son víctimas frecuentes de las *fake news;* otros por el contrario aprovechan para compartir en familia, inician proyectos nuevos, tales como aprender a usar un instrumento musical y utilizan las redes para mantenerse conectados con sus pares de forma creativa (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2020a).

2.6. Antecedentes

En estudio realizado en 194 ciudades de China, implementando la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), para medir niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés en la etapa inicial del brote de COVID-19. Entre los resultados destacan que entre los participantes el 16.5% informó síntomas depresivos entre moderados a graves, un 28.8% informó síntomas de ansiedad de moderados a graves y 8.1% informaron niveles

de estrés moderados a severos. La mayoría de los encuestados pasaba de 20 a 24 horas al día en casa (84.7%); les preocupaba que sus familiares contrajeran COVID-19 (75.2%); y estaban satisfechos con la cantidad de información de salud disponible (75.1%). El género femenino, el estado del estudiante, los síntomas físicos específicos como mialgia, mareos, coriza y el mal estado de salud autoevaluado se asociaron significativamente con un mayor impacto psicológico del brote y mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión ($p < 0,05$). La información específica de salud como tratamiento, situación de brote local y medidas de precaución particulares, higiene de manos, uso máscara, se asociaron con un menor impacto psicológico del brote y menores niveles de estrés, ansiedad y depresión ($p <0,05$) (Wang, et al., 2020).

Con el objetivo examinar el impacto emocional de la cuarentena en niños y adolescentes de Italia y España, se entrevistaron 1 143 padres de niños de 3 a 18 años cumplidos, usando una encuesta sobre cómo la cuarentena afecta a sus hijos y a ellos, en comparación a, antes del confinamiento. Entre los resultados más importantes destaca que el 85.7% de los padres percibieron cambios en el estado emocional y comportamientos de sus hijos durante la cuarentena. Los síntomas más frecuentes fueron dificultad para concentrarse (76.6%), aburrimiento (52%), irritabilidad (39%), inquietud (38.8%), nerviosismo (38%), sensación de soledad (31.3%), inquietud (30.4%), y preocupaciones (30.1%), y los padres españoles informaron más síntomas que los italianos. Los niños de ambos países utilizaron computadoras con mayor frecuencia, dedicaron menos tiempo a la actividad física y durmieron más horas durante la cuarentena. Además, cuando la convivencia familiar se hizo más difícil, la situación era más grave y el nivel de estrés era mayor, los padres tendían a informar más problemas emocionales en sus hijos. Los autores concluyen que la cuarentena impacta considerablemente en los jóvenes italianos y españoles, lo que refuerza la necesidad de detectar a los niños con problemas emocionales y de comportamiento lo antes posible para mejorar su bienestar psicológico (Orgilés, Morales, Delveccio, Mazzeschi, & Espada, 2020).

La investigación realizada por Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picazza-Gorrochategui, e Idoiaga-Mondragon, (2020) en la Comunidad Autónoma Vasca, analizó los

niveles de estrés, ansiedad y depresión, los niveles de sintomatología psicológica según edad, cronicidad y confinamiento por la pandemia, en una muestra de 976 personas. Se utilizó la escala DASS (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés). Los resultados que obtuvieron evidenciaron que el 81.1% eran mujeres, el 56.5% presentaban menos de 25 años. Respecto a la ansiedad, depresión y estrés, los resultados demuestran que los niveles de sintomatología fueron bajos al principio, la población más joven y con enfermedades crónicas presentaron sintomatología más alta que el resto de población. Los síntomas aumentaron luego del confinamiento.

El estudio titulado "Infancia Confinada, ¿Cómo viven la situación de confinamiento niñas, niños y adolescentes?" realizado en niños de España con el objetivo de conocer cómo están viviendo la situación de confinamiento y aprovechar para invitarlos a expresar sus principales preocupaciones. Se seleccionaron 425 participantes entre 8 a 17 años en confinamiento por COVID-19, a quienes se les aplicó un cuestionario en línea. Los hallazgos resaltantes de este estudio sugieren que el 50.37% manifestaron miedo por la COVID-19, seguido del miedo a que algún familiar se infecte, otros mostraron inquietud por la situación económica y por la duración del confinamiento. El 60% de los participantes desean que se acabe la pandemia de inmediato, un 61.6% afirma experimenta aburrimiento a diario o casi a diario. El 94.6% son conscientes de la necesidad de quedarse en casa para frenar la propagación del virus. Por lo tanto, se trata de una situación con alto impacto en las vidas de niños, niñas y adolescentes, cuyas consecuencias pueden ser graves (Martínez, Rodríguez, & Velásquez, 2020).

Un estudio realizado en Canadá determinó que tres de cada diez (30%) de los residentes en este país manifiestan estar preocupados porque puedan contraer el virus. Cuatro de cada diez (40%) están preocupados por el impacto del brote en su comunidad, y tres cuartas partes (76%) por el impacto en la comunidad global, mientras ven el aumento del recuento de muertes en China. La mayoría está abordando la situación con precaución. La mitad de los canadienses están tomando alguna forma de cuidado adicional, ya sea lavarse las manos con más frecuencia o evitando lugares públicos (Angus Reid Institute, 2020).

Los estudios de Oliver, Barber, Roomp y Roomp, (2020) evaluaron cuatro áreas relacionadas con la pandemia: comportamiento de contacto social, aspecto laboral, impacto financiero, estado de salud. Entre los resultados destacan que más del 18% de los encuestados informaron haber tenido contacto cercano con alguien infectado por el coronavirus, las mujeres demostraron mayor vulnerabilidad. El 15 % de los trabajadores de pequeñas empresas señalaron que estaban en bancarrota y más del 19 % habían perdido una parte significativa de sus ahorros, algunos no pueden comprar alimentos.

El estudio de Sprang y Silman, (2013) investigó las respuestas psicosociales de los niños y sus padres a los desastres pandémicos, midiendo específicamente las respuestas al estrés traumático. El estudio se realizó con un enfoque mixto que utilizó encuestas, grupos focales y entrevistas, con una muestra de 398 padres. Los adultos encuestados completaron la versión para padres del Índice de reacción al Trastorno de Estrés Postraumático de la Universidad de California en Los Ángeles (PTSD-RI) y la versión civil de la lista de verificación de PTSD (PCL-C). Los resultados evidenciaron que las medidas de contención de enfermedades, como la cuarentena y el aislamiento, pueden ser traumáticas para una porción significativa de niños y padres. Los criterios para el TEPT se cumplieron en el 30% de los niños aislados o en cuarentena según los informes de los padres, y en el 25% de los padres en cuarentena o aislados, según los autoinformes.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODO

3.1. Metodología Cuantitativa

El método cuantitativo permitió establecer las características sociodemográficas y económicas de las familias participantes, así como las características emocionales, cognitivas y conductuales del grupo de edad de 4-16 años. La encuesta se conformó de una serie de preguntas con respuestas de selección simple, elección múltiple y escalas de *Likert*, se tomaron en cuenta los puntajes establecidos para determinar la presencia de cambios en la salud mental del niño durante el confinamiento y se estableció su relación con los aspectos sociodemográficos y económicos.

3.1.1. Tipo y diseño de estudio

El presente trabajo de investigación constituyó un estudio descriptivo de corte transversal, con el cual se logró alcanzar de mejor manera los objetivos planteados.

3.1.2. Universo y muestra

- Universo: Familias que habitan en el territorio ecuatoriano, con al menos un miembro en el rango de edad de 4-16 años.
- Muestra: El muestreo se realizó por bola de nieve, técnica no probabilística en la que los individuos seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes entre sus conocidos (Baltar & Gorjup, 2012), esta técnica permitió que el tamaño de la muestra vaya creciendo a medida que los individuos seleccionados invitaron a participar a sus conocidos, hasta lograr un número de 1 104 participantes desde el día 24 de julio del 2 020 hasta el día 9 de agosto del 2 020 (17 días).

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión

- Inclusión: se incluyeron en el estudio a la persona que tenga a su cargo el cuidado de un niño/ niña o adolescente en el rango de edad entre 4 a 16 años, que aceptaron participar voluntariamente en la investigación y lo manifestaron a través del consentimiento informado.
- Exclusión: se descartaron encuestas con datos faltantes, familias sin hijos con la edad correspondiente y aquellos que no acepten el consentimiento informado.

3.1.4. Procedimiento de recolección de información

Las autoras realizaron una encuesta mediante la herramienta *Google Forms*, que contiene las variables sociodemográficas y el test PSC (anexo 2); ésta fue difundida mediante redes sociales (*facebook, instagram, twitter*), email, plataformas celulares (*whastapp, telegram*), para su alcance a la población por medio de la técnica "bola de nieve"; fue llenada de forma online por el padre, madre o cuidador, una encuesta por niño/ niña o adolescente. Una vez aprobado el consentimiento informado las preguntas se desplegaron automáticamente (Murphy, et al., 2016) (Massachusetts General Hospital, 2019).

3.1.5. Técnica de investigación

Encuesta: (Test) Fuente de los datos que se obtuvieron en los 17 días.

3.1.6. Instrumento de recolección de información

Se valoraron variables sociodemográficas, económicas, convivencia familiar y estilo de vida mediante la encuesta realizada por las autoras, en donde permitió medir las variables establecidas en el estudio.

Instrumento: Para el estudio se desarrolló una encuesta validada por comité de expertos, que permite medir las variables establecidas en el estudio, donde se incluyen aspectos sociodemográficos, económicos, convivencia familiar y las preguntas de la Lista de Síntomas Pediátricos (*Pediatric Symtom Check List* en inglés: PSC), con un patrón de respuesta politómica, que se divide en cuatro subescalas que exploran síntomas de déficit de atención

e hiperactividad, depresivos, de ansiedad y del comportamiento en niños y adolescentes (Murphy, et al., 2016) (Massachusetts General Hospital, 2019).

La lista de verificación de síntomas pediátricos (PSC) ha sido uno de los instrumentos más recomendado para la detección de problemas de salud mental, específicamente, problemas emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes, proporcionando una evaluación psicosocial. Consta de 35 ítems y fue validada hace poco más de 30 años, se ha traducido a más de dos docenas de idiomas y se dispone de una versión breve de 17 ítems, versiones pictóricas, autoversión para jóvenes y versión en línea. Este instrumento ha sido utilizado con frecuencia en entornos tanto clínicos como investigativos, respaldado por organizaciones como *Bright Futures Mental Health* y *Medicaid,* Sistema Interactivo de Salud y Desarrollo Infantil (CHADIS) y grupos de defensa de salud mental (Salud Mental América) (Murphy, et al., 2016), (Massachusetts General Hospital, 2019).

La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda la evaluación psicosocial como parte del examen físico anual que debe realizarse a todos los niños, niñas y adolescentes. El PSC es una de las herramientas de detección más utilizadas para este propósito, de fácil uso, validado y confiable, contribuyendo para que pediatras y enfermeras pediátricas puedan mejorar el reconocimiento de los problemas psicosociales en sus pacientes. Cada elemento del PSC recibe cero, uno o dos puntos, luego las puntuaciones de los 35 elementos se suman para obtener la puntuación total. No está diseñado para producir un diagnóstico, sin embargo, puede proporcionar a los médicos sugerencias sobre qué pacientes pueden tener un riesgo superior al promedio que presentan alguna alteración en su salud mental. Este instrumento tiene 92% de acuerdo general, 88% de sensibilidad y 100% de especificidad (Massachusetts General Hospital, 2019).

Este instrumento consta de validez y confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0.89, de fácil aplicación, duración de 15 minutos aproximadamente, está conformado por 35 ítems y tres alternativas de respuesta: Nunca, que se le asigna el valor de 0; Algunas Veces con valor de 1 y Frecuentemente con valor de 2, tras la sumatoria se determina que existe alteración a partir de 28 puntos en el rango de edad de 6- 16 años, y de 24 puntos en el rango de edad de

4-5 años. Este instrumento se divide en cuatro partes esenciales: atención= preguntas 4, 5, 7, 9, 14, 21, 25, 26, 29; depresión= preguntas 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 24, 27; ansiedad= 1, 6, 8, 10, 17, 22, 23, 28; y conducta= preguntas 12, 16, 17, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 (Reijneveld, Vogels, Hoekstra, Crone, & Hoekstra, 2006).

Los resultados positivos del Test se relacionaron con aspectos de los participantes como edad, procedencia, etnia, tipología familiar y aspectos socioeconómicos.

3.1.7. Plan de análisis cuantitativo

El análisis de los datos cuantitativos se realizó en el programa estadístico SPSS V25, los resultados se obtuvieron de acuerdo a las variables:

Análisis descriptivo, se describen las variables de forma univariada y luego bivariada, siendo la variable principal en este análisis la salud mental de niños, niñas y adolescentes calculadas y evidenciada con el PSC.

En el análisis bivariado se obtuvo un valor de p desde una prueba de dependencia o no entre la variable principal y las otras variables y se consideraron significativas con un valor de $p < 0.05$.

La descripción de las variables cuantitativas se realizó a través de las medidas de tendencia central y las de dispersión y para las variables cualitativas la evidencia de las frecuencias absolutas y relativas (proporciones). En estas dos variables se realizaron gráficos para el análisis descriptivo, usando pasteles.

En el análisis de asociación se utilizaron las variables cuantitativas categorizadas para luego identificar en un analisis en tablas de contingencia la Razón de Prevalencia (RP) buscando una significancia estadística a través del IC95% y a un valor de p de la prueba de hipótesis para proporciones como el Chi cuadrado o el exacto de Fisher. Para esto se generan nuevas variables: La edad se categorizó en grupos para utilizar estos test de hipótesis, la

variable dependiente en este análisis es el problema de salud mental categorizado como SI y NO y las variables independientes: sexo, edad categorizada.

Tabla 1*. Operacionalización de las variables*

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL			
		Tipo	**Dimensión**	**Escala**	**Indicador**
Datos de la persona encuestada					
Ciudad donde vive	Lugar donde se encuentra la vivienda habitual que reside desde el confinamiento	Cualitativa nominal	Lugar	Rural Urbana	Frecuencia absolutas y relativas
Sexo	Características que describen a un individuo y que permiten la identidad sexual	Cualitativa nominal	Masculino /Femenino	Femenino Masculino	Frecuencia absolutas y relativas
Parentesco con el niño/adolescente	Relación parental entre el encuestado y el menor	Cualitativa nominal	Social	Padre Madre Otro	Frecuencia absolutas y relativas
Nivel de instrucción materna	Último grado de escolaridad aprobado al momento de la encuesta	Cualitativa ordinal	Social	Primaria incompleta Secundaria incompleta Superior Analfabeta	Frecuencia absolutas y relativas
Nacionalidad del padre/madre o cuidador	Lugar de nacimiento del representante	Cualitativa nominal	Lugar	Ecuatoriano Venezolano Colombiano Otros	Frecuencia absolutas y relativas

Estado civil del representante	Situación civil entre los convivientes	Cualitativa nominal	Social	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo	Frecuencia absolutas y relativas
Características de la familia					
Tipo de familia	Estructura familiar	Cualitativa nominal	Social	Monoparental Biparental Cuidado por otra persona	Frecuencia absolutas y relativas
Número total de personas que viven en el domicilio	Número de personas en total que habitan en un solo ambiente familiar	Cuantitativo discreto	Social	1 2 3 más de 3	Medidas de dispersión (media, máximo, mínimo, DS)
Información del niño, niña y adolescente					
Cantidad de niños, niñas y adolescentes que viven en el domicilio	Personas de 5-16 años que viven en el domicilio	Cuantitativa discreta	Número de habitantes	1 2 3 más de 3	Medidas de dispersión (media, máximo, mínimo, DS)
Edad niño/niña o adolescente motivo de la encuesta	Tiempo transcurrido entre nacimiento y el llenado de la encuesta	Cuantitativa discreta	Años cumplidos	Numérica	Medidas de dispersión (media, máximo, mínimo, DS)

Sexo	Condición orgánica que distingue a hombres de mujeres	Cualitativa dicotómica	Masculino /Femenino	Masculino Femenino	Frecuencia absolutas y relativas
Compartir habitación	En caso de poseer más de un hijo, comparten habitación	Cualitativo dicotómico	Social	Sí No	Frecuencia absolutas y relativas
Información respecto a la vivienda					
Tipo de vivienda	Características de la infraestructura de la vivienda, para definir de forma espacial en donde se desenvuelve el niño/ a o adolescente	Cualitativo politómica	Características	Casa Departamento Media agua Villa	Frecuencia absolutas y relativas
Tenencia de la vivienda	Propiedad de la vivienda	Cualitativo politómica	Económica	Propia Arrendada Prestada Otra	Frecuencia absolutas y relativas
Número de dormitorios	Cantidad de espacios destinados para el descanso	Cuantitativa discreta	Numérico	1 2 3 Más de 3	Medidas de dispersión (media, máximo, mínimo, DS)
Información económica					
Ingreso familiar	Medida total económica y sociológica en relación a otras personas que mide dinero	Cualitativa politómica	Escala económica	< 1 SBU > 1 SBU > 2 SBU	Frecuencia absolutas y relativas

	obtenido por actividad económica			> 3 SBU > 4 SBU	
Tiempo en el trabajo	Periodo de tiempo que se le dedica a la actividad económica	Cualitativa politómica	Social	Sin trabajo Teletrabajo horario fijo Teletrabajo horario ampliado Sale de casa diariamente Sale en horario rotativo Negocio en casa	Frecuencia absolutas y relativas
Tipo de trabajo	Modalidad de trabajo (en relación a exposición directa a infección)	Cualitativa politómica	Económica	Teletrabajo Oficina Salud Comerciante Local comercial Otros	Frecuencia absolutas y relativas
Información sobre el menor					
Tipo de educación	Características de la educación que está recibiendo durante el confinamiento	Cualitativa politómica	Social	Presencial, Semipresencial, Virtual Presencial, virtual Por *WhatsApp* A distancia Otras modalidades Ninguna	Frecuencia absolutas y relativas
Tiempo en hacer las tareas antes de la cuarentena	Número de horas que invierte en realizar los deberes escolares	Cuantitativa discreta	Social	Horas	Medidas de dispersión (media,

	antes y después de la cuarentena				máximo, mínimo, DS)
Actividades de ocio					
Disponibilidad de dispositivos tecnológicos	Uso de tecnología para conexión a *WiFi*, teletrabajo, seguimiento de tareas video, llamada y conexión con la familia; disponibilidad de dispositivos para el uso de todos los integrantes del hogar	Cualitativa politómica	Económica	Sí No	Frecuencia absolutas y relativas
Disponibilidad de dispositivos para el uso de todos los integrantes del hogar	Distribución de los dispositivos de acuerdo a la cantidad de usuarios: un dispositivos para cada uno, se turnan para su uso sin problemas, no logran turnarse	Cualitativa politómica	Económica	Sí No	Frecuencia absolutas y relativas
Información sobre actividades inherentes al menor en casa	Horas de permanencia ante dispositivos de pantalla tipo *Tablet*, *Ipad*, tv, celular, computadora antes y durante el confinamiento	Cualitativa politómica	Social	Menos de 1 hora 1-2 2-3 Más de 3	Frecuencia absolutas y relativas
Mascotas	Posee mascotas en el domicilio	Cualitativa politómica	Social	Solo perros Solo gatos Perros y gatos Otro tipo de mascotas solamente No mascotas	Frecuencia absolutas y relativas
Información sobre convivencia familiar					

Convivencia familiar	Relaciones antes y durante el confinamiento, entre los miembros de la familia que viven en el mismo lugar	Cualitativa politómica	Social	Excelente Buena Mala Pésima	Frecuencia absolutas y relativas
Información respecto al COVID 19					
Afectación de algún miembro de la familia	Conocimiento de algún miembro de la familia afectado o fallecido por el virus	Cualitativa dicotómica	Salud	Sí No	Frecuencia absolutas y relativas
Miedo la infección	Sensación que produce la afectación por el virus COVID 19	Cualitativa politómica	Social	Tiene muchísimo miedo Sí, pero es normal No, mientras este en casa todo estará bien Definitivamente no tiene miedo	Frecuencia absolutas y relativas
Cumplimiento del confinamiento domiciliario	Permanencia en el hogar según lineamiento de las autoridades sanitarias	Cualitativa politómica	Salud	Sí No Parcialmente	
El niño ante el COVID 19	Manejo del niño sobre el COVID19	Cualitativa politómica	Salud	Muestra saber mucho No le interesa Le da miedo o asusta No se le ofrece información para no asustarlo Otro	Frecuencia absolutas y relativas
Información sobre el menor durante el confinamiento					

Características del menor	Cambios percibidos durante el confinamiento en la esfera emocional, conductual y cognitiva	Cualitativa politómica	Lista de Síntomas Pediátricos (PSC)	Nunca Algunas veces Con frecuencia	Frecuencia absolutas y relativas
	Aspecto personal y desenvolvimiento	Cualitativa dicotómica	Características en apariencia y expresión Descuido de apariencia personal Descuido de aseo personal Se alimenta en mayor o menor cantidad que antes, ha cambiado su vocabulario agregando malas palabras	Sí No	Frecuencia absolutas y relativas
Alteraciones de salud mental	El niño está siendo tratado por alguna alteración de salud mental por motivos del COVID 19	Cualitativa dicotómica	Salud	Sí No	Frecuencia absolutas y relativas
	Tipo de trastorno de la salud mental	Cualitativa politómica	Salud	Por déficit de atención e hiperactividad del estado de ánimo (depresión, bipolaridad) De ansiedad Psicótico De conducta	Frecuencia absolutas y relativas

				Del espectro autista (tea) Adictivo a video juegos/ pantallas Adictivo a drogas/ alcohol De la conducta alimentaria	
	Necesidad de ayuda profesional de salud mental para el niño al finalizar el confinamiento	Cualitativa dicotómica		Sí No	Frecuencia absolutas y relativas
Información sobre el padre, madre o cuidador durante el confinamiento					
Actividades con el menor	Actividades con el niño durante el confinamiento como padre-madre o cuidador	Cualitativa politómica	Ejercicio físico Juegos tradicionales Juegos de mesa Televisión/película Videojuegos Actividades de casa Tareas escolares	Nunca A veces, Frecuentemente, Siempre	Frecuencia absolutas y relativas
Tiempo con el menor antes del confinamiento	Horas compartidas con el menor antes del confinamiento	Cualitativa politómica	Social	Menos de 1 hora 1-2 2-3 Más de 3	Frecuencia absolutas y relativas

Tiempo con el menor durante del confinamiento	Horas compartidas con el menor durante el confinamiento	Cualitativa politómica	Social	Menos de 1 hora 1-2 2-3 Más de 3	Frecuencia absolutas y relativas
Preocupación por el menor	Preocupación porque una vez finalizado el confinamiento su hijo/hija necesite apoyo psicológico, requiera medicación por causa de alteración de salud mental, requiera terapia emocional, no se reintegre con facilidad	Cualitativa politómica	Social	Si le preocupa mucho Le preocupa un poco No le preocupa	Frecuencia absolutas y relativas
Salud mental	Necesidad de ayuda profesional de salud mental para el padre-madre o cuidador al finalizar el confinamiento	Cualitativa dicotómica	Salud	Sí No	Frecuencia absolutas y relativas

Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas

3.2. Metodología cualitativa

El componente cualitativo de la investigación se realizó con plena interacción directa de las investigadoras con los informantes claves, para obtener información más profunda, tomando en cuenta la realidad, vivencias y acontecimientos narrados de forma directa por los participantes, método que permitió percibir las emociones y sentimientos del informante para luego poder realizar generalizaciones que conlleven a una mejor comprensión de la situación en estudio.

3.2.1. Tipo y diseño de estudio

La metodología cualitativa se realizó a través de un estudio descriptivo etnográfico con el cual tomó más relevancia la perspectiva de varios participantes.

3.2.2. Muestra

La muestra para el estudio cualitativo consistió en informantes claves, los cuales fueron seleccionados de acuerdo a los puntajes obtenidos en la encuesta cuantitativa que demuestren mayores cambios en la salud mental del menor producto del confinamiento según el PSC; posteriormente se seleccionaron las encuestas en función de las variables: sexo del niño y del cuidador principal, residencia actual, número de hijos, estado civil del cuidador, estado laboral y ocupación del padre o cuidador y se les realizó una entrevista semiestructurada, inicialmente se propuso un número de 20 informantes claves, sin embargo, el número final fue de 16 entrevistas que proporcionaron los datos hasta lograr la saturación de la información.

3.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

- Inclusión: Se incluyeron los participantes que pudieran ser contactados por vía telefónica y que inicialmente aceptaran la entrevista, seleccionados de acuerdo a los puntajes obtenidos en la encuesta del estudio cuantitativo.
- Exclusión: Se excluyeron los participantes que no aceptaron participar voluntariamente en la entrevista, adicionalmente, se excluyeron los que obtuvieron puntajes bajos en la

encuesta de la metodología cuantitativo, con lo cual se demostró que no tienen alteraciones en los aspectos estudiados debido al confinamiento por el COVID 19.

3.2.4. Procedimiento de recolección de información

Se contactaron vía telefónica a los participantes seleccionados para realizarle la entrevista, la cual fue guiada a través de una serie de preguntas preestablecidas, esta entrevista fue grabada y posteriormente transcrita en formato Microsoft Word 2019, para su posterior análisis.

3.2.5. Técnica de investigación

Entrevista semiestructurada.

3.2.6. Instrumento de recolección de información

Consistió en una guía de entrevista, con una serie de preguntas que inicia con una pregunta general de apertura, seguida de una serie de preguntas más específicas y finaliza con una pregunta de cierre que le permite al participante una opinión final, de la siguiente manera:

"Recientemente usted participó en una encuesta *on line* titulada "Cambios en la salud mental del niño y la familia, durante el Confinamiento domiciliario por pandemia COVID 19, junio 2 020", según los datos aportados, hemos percibido que uno o varios de los miembros menores de edad en esa vivienda, parece presentar algunos cambios en su conducta, emociones, procesos cognitivos, lo que puede estar alterando la convivencia en el hogar. Por lo que nos gustaría saber si puede aportarnos alguna información extra al respecto. Si está de acuerdo, nos gustaría realizarle algunas preguntas, las cuales puede contestar en completa libertad y de forma voluntaria, si no lo desea, de igual manera le agradecemos por su amable atención". Entrevista semiestructurada (Anexo 3)

3.2.7. Plan de análisis cualitativo

Para el análisis cualitativo, la información de las entrevistas fue transcrita textualmente en formato *Word* para organizar los datos obtenidos, se clasificaron las respuestas de

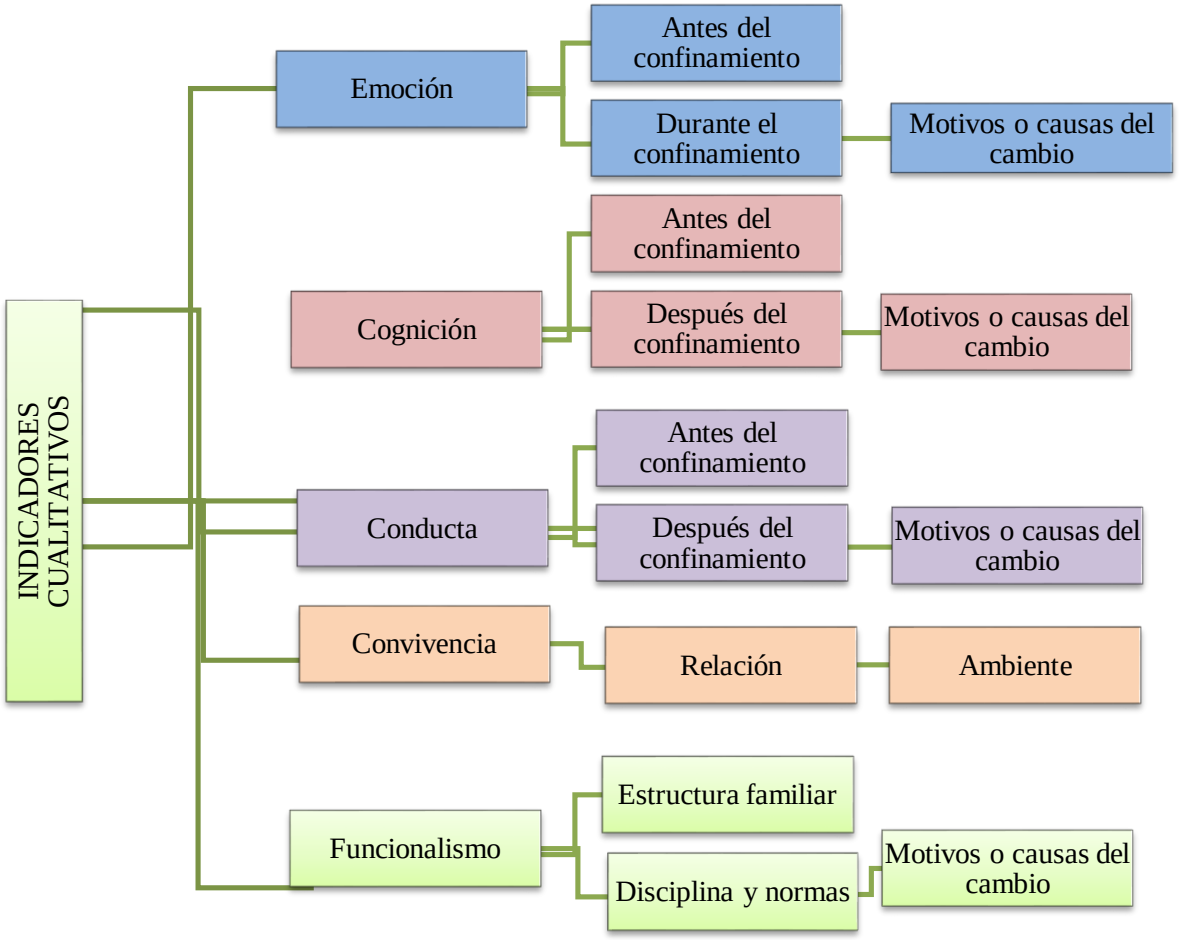
acuerdo a categorías emocionalidad, cognición, conducta del menor, funcionalismo y convivencia familiar, que a su vez permitieron la identificación de indicadores según los elementos comunes en cada respuesta. Para la mejor visualización de tales elementos comunes en las respuestas proporcionadas se utilizó Atlas Ti versión 8.0, diagrama de Giddens y el programa Nube de Palabras.

Tabla 2. *Operacionalización de categorías*

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍA	PREGUNTAS	FUENTE
Emocionalidad del menor	Emociones manifestadas por el menor antes el confinamiento	Emociones manifestadas por el menor durante el confinamiento	¿Qué cambios en las emociones ha notado durante el confinamiento por el COVID 19? ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo del cambio?	Entrevista semiestructurada
Cognición del menor	Estado cognitivo del menor antes del confinamiento	Estado cognitivo del menor durante del confinamiento	¿Qué cambios ha notado en la capacidad de aprendizaje desde que se encuentra en confinamiento por el COVID 19? ¿Ha existido variación en el rendimiento escolar durante el confinamiento: antes durante y después? ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo del cambio?	Entrevista semiestructurada
Conducta del menor	Comportamiento del menor antes el confinamiento	Comportamiento del menor durante el confinamiento	¿Qué cambios ha notado en el comportamiento desde que se encuentra en confinamiento por el COVID 19? ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo del cambio?	Entrevista semiestructurada
Funcionalismo familiar	Funcionalismo familiar antes del confinamiento	Funcionalismo familiar durante del confinamiento (Estructura familiar, roles de cada miembro, disciplina y normas)	¿Cómo está compuesta su familia (miembros y roles)? ¿Quién se ocupa de las normas y disciplina? ¿Qué dificultad ha atravesado al cuidar y dar	Entrevista semiestructurada

			apoyo al menor durante el confinamiento? ¿La familia ha logrado seguir funcionando como lo venían haciendo antes del confinamiento? De ser negativa la respuesta a la pregunta anterior: ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo del cambio?	
Convivencia familiar	Relación entre los miembros de la familia antes del confinamiento	Relación entre los miembros de la familia durante del confinamiento	¿Han presentado algún cambio en la convivencia familiar desde el confinamiento? ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo del cambio? ¿De qué forma los cambios que presenta el niño/joven han afectado la convivencia familiar? ¿Cómo se siente respecto a esta situación? ¿Qué obstáculos ha atravesado durante este confinamiento en la crianza? ¿Ahora que estamos ante una flexibilización del confinamiento, el menor ha salido? ¿Ha existido algún cambio?	Entrevista semiestructurada

Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas


INDICADORES CUALITATIVOS
Emoción
Antes del confinamiento
Durante el confinamiento
Motivos o causas del cambio
Cognición
Antes del confinamiento
Después del confinamiento
Motivos o causas del cambio
Conducta
Antes del confinamiento
Después del confinamiento
Motivos o causas del cambio
Convivencia
Relación
Ambiente
Funcionalismo
Estructura familiar
Disciplina y normas
Motivos o causas del cambio

CAPÍTULO IV

RESULTADOS CUANTITATIVOS

El presente estudio contó con la participación de 1 118 personas que recibieron la encuesta, de los cuales el 98.7 % (n= 1 104) aceptaron responder y el 1.3 % (n= 14) no aceptó. Por lo que se tomaron en cuenta solo las respuestas de aquellos que aceptaron voluntariamente su participación.

4.1. Análisis descriptivo

4.1.1. Análisis univariado

4.1.1.1. Características de los participantes

Las características de convivencia durante el confinamiento en este estudio fueron las siguientes: Entre los participantes el grupo más frecuente fue el femenino con 76.7 % (n= 847), de procedencia urbana con 81.1 % (n= 895), la persona que llenó la encuesta con mayor frecuencia fue la madre con 72.1 % (n=796). El nivel de instrucción de la madre predominante fue superior con 74.7 % (n= 825). La nacionalidad más frecuente registrada fue ecuatoriana con 97.2 % (n= 1 073), estado civil casado/a con 62.3 % (n= 688), estructura familiar biparental en el 74.1 % (n= 818) de los encuestados y en el 71.4 % (n= 788) de los encuestados habitaban más de tres personas en casa.

La edad del niño, niña, adolescente presentó una media de 8.74 (DE ±3.54) años con un mínimo de 4 y máximo 16 años. En el 41.2 % (n= 455) de los encuestados afirmaron que tenían hasta 2 niños en casa, el sexo del niño fue masculino en el 52.4 % (n= 579), con un grupo etario predominante de 4 a 12 años con 82.4 % (n= 910), el 36.8 % (n= 406) de los niños comparten habitación. El tipo de vivienda predominante entre los encuestados fue casa con 55.3 % (n= 610), tenencia propia con 60.6 % (n= 669) y hasta 3 dormitorios en el 50.5 % (n= 557).

El ingreso predominante fue de más de 4 SBU con 27.6 % (n= 305) seguido de más de 1SBU con 20.7 % (n= 228). El modo de trabajo más frecuente, fuera de casa con turnos

rotativos en el 24.9 % (n= 275) y trabajan en el área de la salud en el 35.3 % (n= 390) de los casos.

Durante la cuarentena el 62 % (n= 685) de los niños recibieron educación virtual presencial, seguido de virtual por *WhatsApp* con 23.7 % (n= 262). Al 57.5 % (n= 635) le incrementaron las horas de tarea durante la cuarentena, el 93.6 % (n= 1 033) afirmaron disponer de *WiFi*, el 58.7 % (n= 648) de cada uno de los habitantes de la casa dispone de dispositivo tecnológico.

Las horas de demora para realizar tareas antes de la cuarentena presentaron una media de 2.95 (DE ± 5); las horas de demora para realizar tareas durante la cuarentena presentó una media de 3.58 (DE ± 4.29). El 45.4 % (n= 501) usaban antes de la cuarentena menos de 1 hora los dispositivos tecnológicos y durante la cuarentena el predominio fue de 2 a 3 horas con 31.2 % (n= 344). El 82.4 % (n= 800) poseen mascotas. (Tabla 3).

Tabla 3. *Descripción de la población en el estudio que responde la encuesta*

Características de la muestra	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Sexo del encuestado		
Femenino	847	76.7
Masculino	257	23.3
Procedencia		
Zona rural	209	18.9
Zona urbana	895	81.1
Persona que llena la encuesta		
Madre	796	72.1
Padre	207	18.8
Otro	101	9.1
Instrucción de la madre o cuidador		
Analfabeta	8	0.7
Primaria incompleta	61	5.5
Secundaria completa	155	14
Secundaria incompleta	55	5
Superior	825	74.7
Lugar de procedencia de la familia		
Ecuatoriano	1073	97.2
Venezolano	20	1.8

Colombiano	8	0.7
Otro	3	0.3
Estado civil de la madre, padre o cuidador		
Casado/a	688	62.3
Divorciado/separado	73	6.6
Soltero/a	201	18.2
Unión libre	129	11.7
Viudo	13	1.2
Estructura familiar		
Biparental (viven con los 2 padres)	818	74.1
Cuidado por otra persona (no convive con ninguno de los padres)	17	1.5
Monoparental (a cargo de uno de los padres)	269	24.4
Personas que habitan en la casa		
1	5	0.5
2	47	4.3
3	264	23.9
Más de 3	788	71.4
Menores de edad que habitan en la casa		
1	441	39.9
2	455	41.2
3	143	13
Más de 3	65	5.9
Sexo del niño		
Femenino	525	47.6
Masculino	579	52.4
Grupos etarios		
4 a 12 años	910	82.4
13 y más	194	17.6
Los hijos comparten la habitación		
No	698	63.2
Sí	406	36.8
Tipo de vivienda		
Casa	610	55.3
Departamento	428	38.8
Media agua	50	4.5
Villa	16	1.4
Tenencia de la vivienda		
Propia	669	60.6
Arrendada	261	23.6

Prestada	144	13
Otra	30	2.7
Número de dormitorios		
1	35	3.2
2	257	23.3
3	557	50.5
Más de 3	255	23.1
Ingreso familiar en Salario Básico Unificado (SBU)		
Menos de 1 SBU	205	18.6
Más de 1 SBU	228	20.7
Más de 2 SBU	205	18.6
Más de 3 SBU	161	14.6
Más de 4 SBU	305	27.6
Modo y tiempo de trabajo		
Tiene negocio en casa	62	5.6
Tiene que salir diariamente	271	24.5
Tiene que salir en horario rotativo	275	24.9
Tiene teletrabajo en horario fijo	113	10.2
Tiene teletrabajo en horario ampliado	132	12
No tiene trabajo	251	22.7
Tipo de trabajo		
Teletrabajo	313	28.4
Oficina	196	17.8
Salud	390	35.3
Comerciante	92	8.3
Local comercial	69	6.3
Otros	320	29
Tipo de educación durante la cuarentena		
Virtual presencial	685	62
Virtual por *WhatsApp*	262	23.7
Presencial	17	1.5
Semipresencial	12	1.1
A distancia	35	3.2
Otras modalidades	52	4.7
Ninguna	41	3.7
Cambios en las horas de tareas durante la cuarentena		
Incrementaron	635	57.5
Disminuyeron	190	17.2
Se mantuvieron igual	279	25.3

Tipos de dispositivos adecuados para:		
WiFi	1033	93.6
Teletrabajo	723	65.5
Para seguimientos de tareas	957	86.7
Para video llamadas	998	90.4
Disponibilidad suficiente de dispositivos para trabajo y estudios		
No logran turnarse, representa un problema	66	6
No, se turnan el uso sin problema	390	35.3
Si, cada uno tiene un dispositivo tecnológico	648	58.7
Horas del niño en dispositivos tecnológicos previo al confinamiento		
Menos de 1 hora	501	45.4
2-3	495	44.8
4-5	73	6.6
Más de 5	35	3.2
Horas del niño en dispositivos tecnológicos durante al confinamiento		
Menos de 1 hora	137	12.4
2-3	344	31.2
4-5	314	28.4
Más de 5	309	28
Posee mascotas en el domicilio		
Solo perros	506	45.8
Perros y gatos	215	19.5
Solo gatos	60	5.4
Otro tipo de mascotas	19	1.7
No mascotas	304	27.5

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

4.1.1.2. Características de convivencia durante el confinamiento

Las características de convivencia familiar durante el confinamiento en el presente estudio fueron: antes de la cuarenta era buena en el 55.5 % (n= 613) y mala en el 2.3 % (n= 25) de los casos, durante la cuarentena se registró con mayor predominio como buena en el 52.7 % (n= 582) y mala en el 4.4 % (n= 49) de los casos. (Tabla 4).

Tabla 4. *Información sobre la convivencia familiar*

Convivencia familiar	Antes de la cuarentena	Durante la cuarentena
	N (%)	N (%)
Excelente	463 (41.9%)	467 (42.3%)
Buena	613 (55.5%)	582 (52.7%)
Mala	25 (2.3%)	49 (4.4%)
Pésima	3 (0.3%)	6 (0.5%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

El COVID-19 generó miedo asumido como normal en el 55.6 % (n= 614) de los casos, el 70.9 % (n= 783) refirió conocer al menos a una persona infectada. El confinamiento se cumplió en el 84.5 % (n= 933) de los hijos, el 50.5 % (n= 557) de los hijos se presume que saben mucho acerca del virus. (Tabla 5).

Tabla 5. *Información sobre el COVID-19*

Información sobre el COVID-19	N (%)
Miedo al COVID (cuidador)	
Tiene muchísimo miedo	326 (29.5%)
Sí, pero es normal	614 (55.6%)
No, mientras este en casa todo estará bien	140 (12.7%)
Definitivamente no tiene miedo	24 (2.2%)
Conocido con COVID	
Ningún conocido ha sido afectado	222 (20.1%)
Conoce a alguien afectado	783 (70.9%)
Alguien del núcleo familiar ha fallecido	99 (9%)
Cumplimiento del confinamiento por parte del hijo	
Sí	933 (84.5%)
Parcialmente	133 (12%)
No	38 (3.4%)
Hijo frente al COVID	
Le da miedo/asusta	297 (26.9%)
Muestra saber mucho	557 (50.5%)
No le interesa	72(6.5%)
Otro	86 (7.8%)
No se le ofrece información para no asustarlo	92 (8.3%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

4.1.1.3. Conducta del hijo/hija durante el confinamiento

La conducta en la población pediátrica durante este estudio fue registrado según el aspecto personal y las actitudes más frecuentes en el niño, donde destacan los cambios en la alimentación con 55.4 % (n= 612), sin embargo, el 31.9 % (n= 352) no manifestaron ningún cambio. (Tabla 6).

Tabla 6. *Apariencia personal, actitudes*

Apariencia personal y actitudes del menor	**No**	**Sí**
	N (%)	**N (%)**
Descuida su apariencia personal	886 (80.3%)	218 (19.7%)
Descuida su aseo personal	893 (80.9%)	211 (19.1%)
Se alimenta en mayor o menor cantidad que antes	492 (44.6%)	612 (55.4%)
Ha cambiado su vocabulario (malas palabras)	1019 (92.3%)	85 (7.7%)
No ha tenido ninguno de esos cambios de actitud	752 (68.1%)	352 (31.9%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

Durante la cuarentena el 41 % (n= 453) nunca hizo uso de videojuegos, seguido de 23.4 % (n= 258) no realizaron juegos tradicionales. El 65.9 % (n= 728) a veces hizo ejercicio y 53.2 % (n= 587) a veces realizaron juegos tradicionales. El 48.6 % (n= 537) vió televisión o películas frecuentemente y 43 % (n= 475) hizo tareas escolares frecuentemente (Tabla 7).

Tabla 7. *Ejercicios y juegos durante el confinamiento*

Actividades durante el confinamiento	Nunca N (%)	A veces N (%)	Frecuente N (%)	Siempre N (%)
En confinamiento su hijo ha hecho ejercicio	130 (11.8%)	728 (65.9%)	192 (17.4%)	54 (4.9%)
En confinamiento su hijo uso juegos tradicionales	258 (23.4%)	587 (53.2%)	217 (19.7%)	42 (3.8%)
En confinamiento su hijo uso juegos de mesa	245 (22.2%)	561 (50.8)	264 (23.9%)	34 (3.1%)
En confinamiento su hijo vio tele o películas	37 (3.4%)	416 (37.7%)	537 (48.6%)	114 (10.3%)
En confinamiento su hijo uso videojuegos	453 (41%)	423 (38.3%)	206 (18.7%)	22 (2%)
En confinamiento su hijo hizo actividades del hogar	49 (4.4%)	482 (43.7%)	441 (39.9%)	132 (12%)
En confinamiento su hijo ha hecho tareas escolares	63 (5.7%)	363 (32.9%)	475 (43%)	203 (18.4%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

El 17.2 % (n= 190) de los encuestados manifestaron mucha preocupación de que su hijo necesite apoyo psicológico después cuarentena, el 8.8 % (n= 97) que su hijo necesite medicación alteración mental y el 11.8 % (n= 130) que su hijo necesite terapia emocional. (Tabla 8).

Tabla 8. *Preocupación por la salud mental del hijo/hija*

Preocupación por la salud del hijo	Nada N (%)	Poco N (%)	Mucho N (%)
Preocupado que su hijo necesite apoyo psicológico después cuarentena	516 (46.7%)	398 (36.1%)	190 (17.2%)
Preocupado que su hijo necesite medicación alteración mental	820 (74.3%)	187 (16.9%)	97 (8.8%)
Preocupado que hijo necesite terapia emocional	628 (56.9%)	346 (31.3%)	130 (11.8%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

4.1.1.4. Tratamiento para alteraciones de la salud mental

El 97.6 % (n= 1 077) de los niños, niñas y adolescentes participantes no están recibiendo tratamiento para algún trastorno mental, mientras que el 2.4 % (n=27) sí se encuentran bajo algún tratamiento para alteraciones en la salud mental (Tabla 9).

Tabla 9. *Tipo de tratamiento de acuerdo a la alteración específica*

Tratamiento según alteración de la salud mental que presentan los menores	**No**	**Sí**
	N (%)	**N (%)**
Recibe tratamiento mental por déficit de atención o hiperactividad	90 (8.2%)	49 (4.4%)
Recibe tratamiento mental por depresión, bipolaridad	119 (10.8%)	20 (1.8%)
Recibe tratamiento mental por ansiedad	114 (10.3%)	25 (2.3%)
Recibe tratamiento mental por trastorno psicótico	137 (12.4%)	2 (0.2%)
Recibe tratamiento mental por trastorno de conducta	118 (10.7%)	21 (1.9%)
Recibe tratamiento mental por TEA	134 (12.1%)	5 (0.5%)
Recibe tratamiento mental por adicción a videojuegos	109 (9.9%)	30 (2.7%)
Recibe tratamiento mental por adicción a drogas o alcohol	138 (12.5%)	1 (0.1%)
Recibe tratamiento mental por conducta alimentaria	12 (10.9%)	19 (1.7%)
Recibe tratamiento mental por TOC	136 (12.3%)	3 (0.3%)
Recibe tratamiento mental por trastorno de la personalidad	134 (12.1%)	5 (0.5%)
Cree que su hijo necesitará un profesional de salud mental	906 (82.1%)	198 (17.9%)
Cree que usted necesitará un profesional de salud mental	6 (0.5%)	5 (0.5%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

4.1.1.4. Características salud mental

La Escala de Trastornos en la Salud Mental presentó una media de 18.65 (DE ±10.77) puntos, con un mínimo de 0 y máximo 60. (Tabla 10).

Tabla 10. *Pacientes con trastornos de salud mental según Escala PSC*

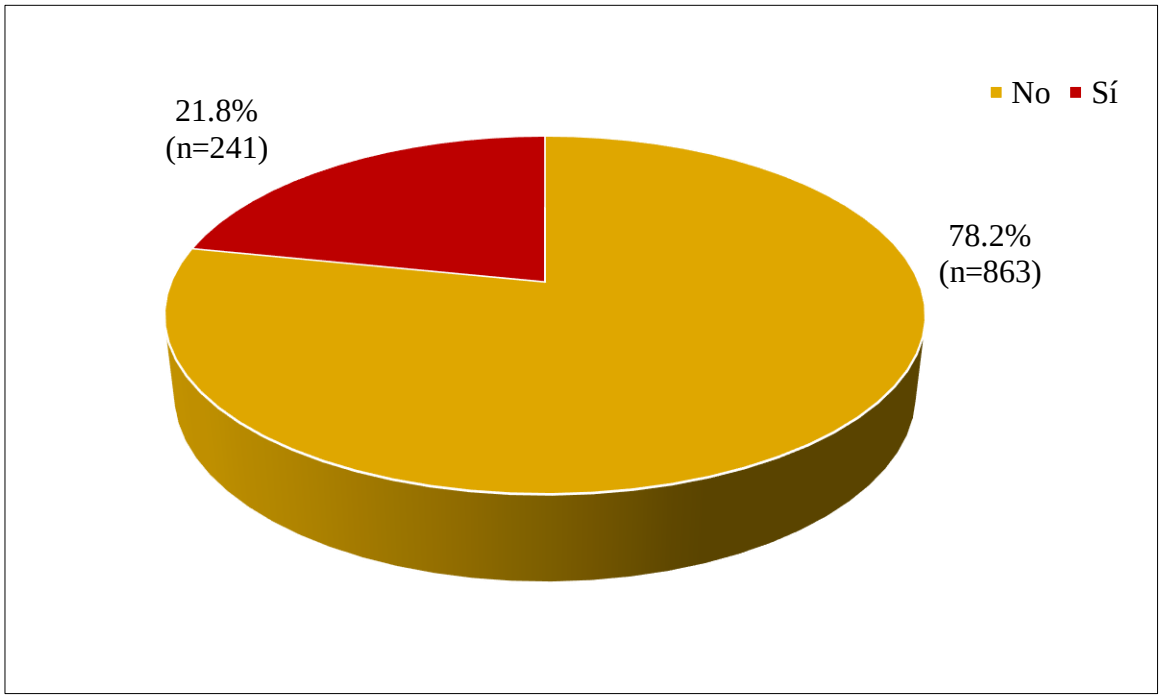
PSC	Nunca N (%)	Algunas veces N (%)	Con frecuencia N (%)
En confinamiento, su hijo ha tenido dolor y malestar	646 (58.5%)	432 (39.1%)	26 (2.4%)
En confinamiento, a su hijo le gusta estar solo	499 (45.2%)	496 (44.9%)	109 (9.9%)
Su hijo se cansa fácilmente	630 (57.1%)	385 (34.9%)	89 (8.1%)
Su hijo ha estado nervioso	609 (55.2%)	378 (34.2%)	117 (10.6%)
Su hijo tiene problemas con sus padres	589 (53.4%)	448 (40.6%)	67 (6.1%)
Su hijo ha tenido menos interés en tareas	340 (30.8%)	556 (50.4%)	208 (18.8%)
Su hijo no se cansa	412 (37.3%)	511 (46.3%)	181 (16.4%)
Su hijo sueña despierto	642 (58.2%)	373 (33.8%)	89 (8.1%)
Su hijo se distrae fácilmente	247 (22.4%)	619 (56.1%)	238 (21.6%)
Temeroso a nuevas situaciones	439 (39.8%)	560 (50.7%)	105 (9.5%)
Su hijo se siente triste	613 (55.5%)	436 (39.5%)	55 (5%)
Su hijo se enoja con facilidad	271 (24.5%)	618 (56%)	215 (19.5%)
Su hijo se siente sin esperanzas	861 (78%)	202 (18.3%)	41 (3.7%)
Tiene problemas para concentrarse	361 (32.7%)	605 (54.8%)	138 (12.5%)
Su hijo tiene menos interés por los amigos	536 (48.6%)	467 (42.3%)	101 (9.1%)
Su hijo se pelea con los demás	511 (46.3%)	505 (45.7%)	88 (8%)
No quiere conectarse a clases online	479 (43.4%)	502 (45.5%)	123 (11.1%)
Sus notas escolares están empeorando	865 (78.4%)	213 (19.3%)	26 (2.4%)
Su hijo se critica a si mismo	688 (62.3%)	366 (33.2%)	50 (4.5%)
Su hijo acude al médico sin que le encuentre nada	915 (82.9%)	154 (13.9%)	35 (3.2%)
Hijo con problemas para dormir	756 (68.5%)	292 (26.4%)	56 (5.1%)

Su hijo se preocupa mucho	653 (59.1%)	401 (36.3%)	50 (4.5%)
Hijo quiere estar más tiempo con los padres	282 (25.5%)	552 (50%)	270 (24.5)
Cree que él/ella es malo	850 (77%)	212 (19.2%)	42 (3.8%)
Su hijo toma riesgos innecesarios	831 (75.3%)	247 (22.4%)	26 (2.4%)
Su hijo se hace daño	1014(91.8%)	71 (6.4%)	19 (1.7%)
Su hijo se divierte menos que antes	462 (41.8%)	537 (48.6%)	105 (9.5%)
Su hijo actúa como si fuera más pequeño	782 (70.8%)	266 (24.1%)	56 (5.1%)
Su hijo no obedece las reglas	404 (36.6%)	580 (52.5%)	120 (10.9%)
Su hijo demuestra poco sus sentimientos	602 (54.5%)	428 (38.8%)	74 (6.7%)
Le cuesta comprender los sentimientos ajenos	517 (46.8%)	522 (47.3%)	65 (5.9%)
Su hijo molesta y se burla de los demás	782 (70.8%)	271 (24.5%)	51 (4.6%)
Su hijo culpa a los demás de sus problemas	709 (64.2%)	328 (29.7)	67 (6.1%)
Su hijo toma cosas que no le pertenecen	859 (77.8%)	214 (19.4%)	31 (2.8%)
Su hijo se niega a compartir cosas	610 (55.3%)	414 (37.5%)	80 (7.2%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

En términos generales, el 21.8 % (n= 241) presentaron trastornos de salud mental de acuerdo a los puntajes obtenidos en la Escala PSC mientras que el 78.2 % (n= 863) restante no presentó. (Gráfico 1).

Gráfico 1. *Escala Trastornos de Salud Mental (PSC)*



Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

Entre los pacientes con mayores puntajes en las preguntas correspondientes a determinar los trastornos de atención, el 41.9 % presentaron de 1 a 4 puntos, el 37.9 % de 5 a 8 puntos y el 2 % alcanzó el máximo puntaje en estas preguntas. (Tabla 11).

Tabla 11. *Pacientes de acuerdo a puntajes obtenidos para preguntas acerca de trastornos de atención según Escala PSC*

P untajes del PSC en preguntas de trastorno de atención	N (%)
<= 0	55 (5.0%)
1 - 4	463 (41.9%)
5 - 8	418 (37.9%)
9 - 12	146 (13.2%)
13+	22 (2.0%)
Total	1104 (100.0%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

Entre las preguntas concernientes a evaluar los trastornos depresivos, un grupo de 48,7 % presentó un puntaje entre 1 a 6, el 35,5 % de 7 a 12 y un grupo de 1,3 % alcanzó el máximo puntaje para este grupo de preguntas. (Tabla 12).

Tabla 12. *Pacientes de acuerdo a puntajes obtenidos para preguntas acerca de trastorno depresivo según Escala PSC.*

Puntajes del PSC en preguntas de trastorno depresivo	N (%)
<= 0	44 (4.0%)
1 – 6	538 (48.7%)
7 – 12	392 (35.5%)
13 – 18	116 (10.5%)
19 – 24	14 (1.3%)
Total	1104 (100.0%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

Las preguntas para explorar los trastornos de la conducta registraron un máximo de frecuencia de 47 % en los puntajes de 1 a 5, seguido de 35.5 % los que obtuvieron de 6 a 10 y el 2.3 % de los pacientes alcanzaron el máximo puntaje en este grupo de preguntas. (Tabla 13).

Tabla 13. *Pacientes de acuerdo a puntajes obtenidos para preguntas acerca de trastornos de conducta según Escala PSC*

Puntajes del PSC en preguntas de trastorno de conducta	N (%)
<= 0	77 (7.0%)
1 – 5	519 (47.0%)
6 – 10	392 (35.5%)
11 – 15	91 (8.2%)
16 – 20	25 (2.3%)
Total	1104 (100.0%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

Los ítems concernientes a trastornos de ansiedad registraron un máximo del 54.9 % entre los puntajes 1 a 5, seguido de 36,4 entre los que obtuvieron puntajes de 6 a 10, el 3.6 % alcanzaron el puntaje máximo en las preguntas concernientes a esta categoría. (Tabla 14).

Tabla 14. *Pacientes de acuerdo a puntajes obtenidos para preguntas acerca de trastornos de ansiedad según Escala PSC*

Puntajes del PSC en preguntas de trastorno de ansiedad	N (%)
<= 0	56 (5.1%)
1 – 5	606 (54.9%)
6 – 10	402 (36.4%)
11 – 15	40 (3.6%)
Total	1104 (100.0%)

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

4.2. Análisis bivariante

4.2.1. Factores asociados

4.2.1.1.Variables relacionadas o asociadas a las alteraciones de salud metal

Los pacientes procedentes de área rural presentaron asociación significativa para trastorno de salud mental (RP 1.077 IC95% 1.004-1.156 p <0.05). El resto de las variables no presentaron asociación significativa. (Tabla 15).

Tabla 15. *Asociación entre trastorno de salud mental y las variables sociodemográficas*

Variables sociodemográficas	Trastorno de salud mental (PSC)					
	Sí N (%)	**No N (%)**	**Chi^2**	**p**	**RP**	**IC95%**
Procedencia						
Rural	37 (15)	178 (20.4)	3.565	**0.034**	**1.077**	**1.004-1.156**
Urbana	209 (85)	694 (79.6)				

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2 020)

Los pacientes que presentaron algún cambio en las horas de tarea, sea que aumentaron o disminuyeron, registraron una asociación con trastornos de salud mental (RP 1.121 IC95% 1.066-1.895 p <0.05).

Los pacientes que no presentaron cambios respecto a descuidar su aseo personal, alimentación o cambios en su vocabulario registraron una asociación significativa con los trastornos psicológicos, actuado como un factor protector en lugar de factor de riesgo (RP 0.534 IC95% 0.426-0.668 p<0.01), (RP 0.394 IC95% 0.319-0.486 p<0.01) y (RP 0.492 IC95% 0.383-0.632 p<0.01) respectivamente.

Los pacientes que nunca o a veces hicieron ejercicios presentaron asociación significativa con trastornos psicológicos en comparación con los que siempre o frecuentemente lo hicieron (RP 1.718 IC 95% 1.237-2.387 p <0.05). Los juegos tradicionales en los pacientes que nunca o a veces lo practicaron, presentó una asociación significativa para trastornos de salud mental en comparación con aquellos que lo hicieron frecuentemente o siempre (RP 1.412 IC95% 1.051-1.897 p <0.05). Los juegos de mesa en los pacientes que nunca o a veces lo hicieron presentó una asociación significativa para trastornos de salud mental en comparación con aquellos que lo hicieron frecuentemente o siempre (RP 1.638 IC95% 1.220-2.200 p <0.05).

Los niños que nunca o a veces vieron televisión o películas, presentaron asociación con trastornos de salud mental en comparación con aquellos que si vieron televisión frecuentemente o siempre (RP 1.335 IC95% 1.072-1.664 p <0.05).

Los pacientes que nunca o a veces hicieron actividades del hogar, presentaron asociación con trastornos de salud mental en comparación con aquellos que si las hicieron frecuentemente o siempre (RP 1.360 IC95% 1.089-1.699 p <0.05). Los niños que nunca o a veces realizaron tareas escolares presentaron asociación con trastornos de salud mental en comparación con aquellos que si hicieron tareas escolares frecuentemente o siempre (RP 1.431 IC95% 1.149-1.664783 p <0.05). (Tabla 16)

Tabla 16. *Asociación entre trastorno de salud mental y las características del niño*

Variables sobre características del niño	Trastorno de salud mental (PSC)					
	Sí N (%)	No N (%)	Chi^2	p	RP	IC95%
Cambio en las horas de tareas durante la cuarentena						
Disminuyeron/Aumentaron	199 (80.9)	638 (73.2)	6.092	**0.014**	1.421	1.066-1.895
Se mantuvieron igual	47 (19.1)	234 (26.8)				
Descuida su apariencia personal						
No	168 (68.3)	728 (83.5)	27.832	**0.000**	0.534	0.426-0.668
Sí	78 (31.7)	144 (16.5)				
Descuida su aseo personal						
No	154 (62.6)	751 (86.1)	68.837	**0.000**	0.394	0.319-0.486
Sí	92 (37.4)	121 (13.9)				
Se alimenta en mayor o menor cantidad que antes						
No	70 (28.5)	430 (49.3)	33.762	**0.000**	0.492	0.383-0.632
Sí	176 (71.5)	442 (50.7)				
Ha cambiado su vocabulario (malas palabras)						
No	203 (82.5)	829 (95.1)	42.550	**0.000**	0.393	0.308-0.502
Sí	43 (17.5)	43 (4.9)				
No ha tenido cambios						
No	211 (85.8)	551 (63.2)	45.092	**0.000**	2.816	2.015-3.937
Sí	35 (14.2)	321 (36.8)				
En confinamiento el niño ha hecho ejercicio						
Nunca/A veces	211 (85.8	659 (75.6)	11.562	**0.001**	1.718	1.237-2.387
Frecuentemente/Siempre	35 (14.2)	213 (24.4)				
En confinamiento el niño usó juegos tradicionales						
Nunca/A veces	202 (82.1)	653 (74.9)	5.573	**0.018**	1.412	1.051-1.897
Frecuentemente/Siempre	44 (17.9)	219 (25.1)				
En confinamiento el niño usó juegos de mesa						
Nunca/A veces	201 (81.7)	617 (70.8)	11.719	**0.001**	1.638	1.220-2.200
Frecuentemente/Siempre	45 (18.3)	255 (29.2)				
En confinamiento el niño vio televisión o películas						
Nunca/A veces	119 (48.4)	342 (39.2	6.635	**0.010**	1.335	1.072-1.664
Frecuentemente/Siempre	127 (51.6)	530 (60.8)				
En confinamiento el niño hizo actividades del hogar						
Nunca/A veces	137 (55.7)	400 (45.9)	7.412	**0.006**	1.360	1.089-1.699
Frecuentemente/Siempre	109 (44.3)	472 (54.1)				
En confinamiento el niño hizo tareas escolares						
Nunca/A veces	115 (46.7)	310 (35.6)	10.210	**0.001**	1.431	1.149-1.783
Frecuentemente/Siempre	131 (53.3)	562 (64.4)				

Fuente: Encuestas de la investigación

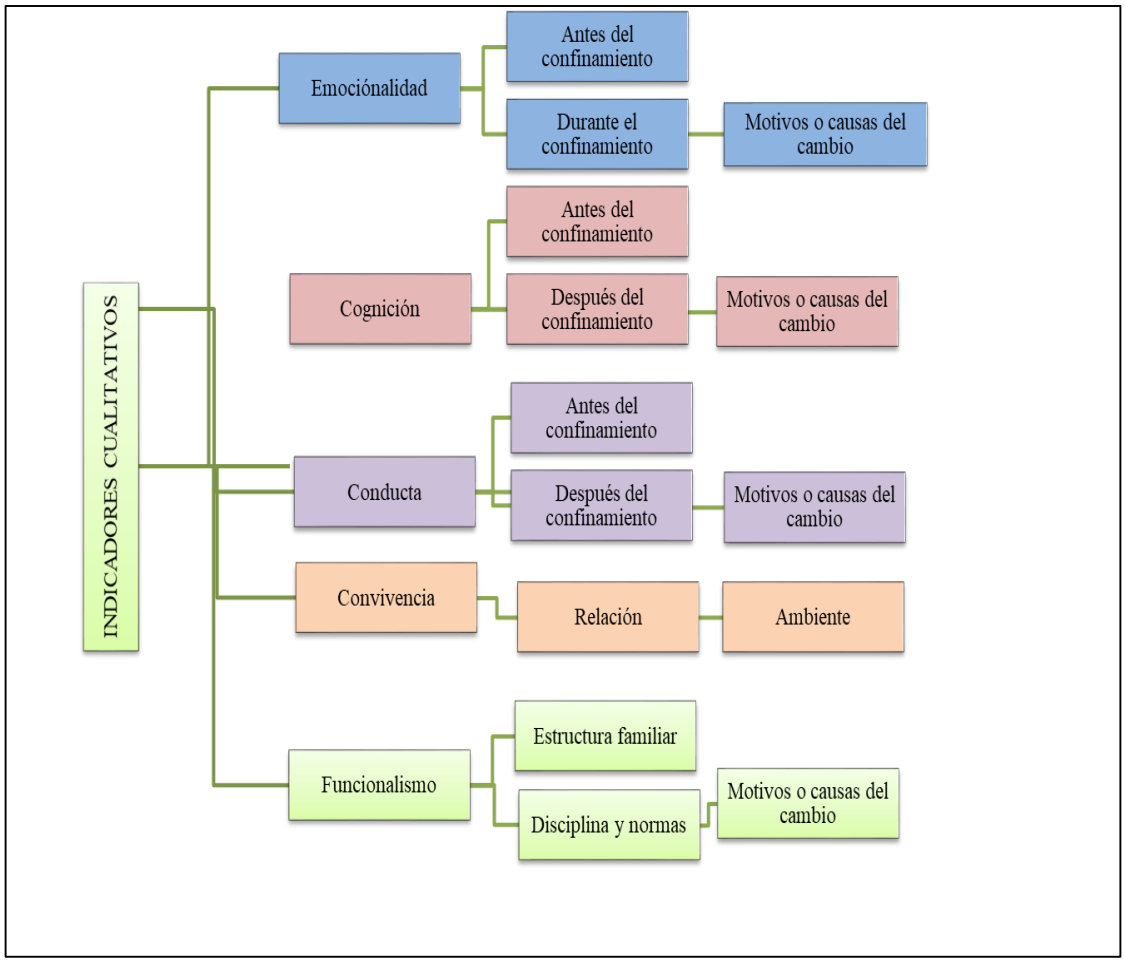
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2020).

CAPÍTULO V

RESULTADOS CUALITATIVOS

5.1. Indicadores cualitativos

Figura 1. *Indicadores cualitativos de la investigación*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas

Indicadores cualitativos-codificación

Tabla 17. *Codificación de los indicadores cualitativos*

Indicador	Codificación
Emocionalidad del menor	EMOCM
Cognición del menor	COGM
Conducta	CONDM
Convivencia	CONVM
Funcionalismo	FUNCF

Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas

Tabla 18. *Codificación de las entrevistas*

	Código	Datos del entrevistado
1	C46F12V	Encuesta número 1003. Madre de 46 años. Localidad: Ventanas
2	S36F8T	Encuesta número 88. Madre de 36 años. Localidad: Tulcán
3	C38M9Z	Encuesta número 54- Madre 38 años. Localización Zamora Chinchipe. Paquisha
4	S26F4Q	Encuesta número 322. Madre 26 años. Localidad: Quito
5	C46M6Q	Encuesta número 567. Padre 46 años. Localidad: Quito
6	C35M5Q	Encuesta número 123. Madre 35 años. Localidad: Quito
7	D32M4C	Encuesta número 58. Madre 32 años Localidad Cuenca
8	UL27F9T	Encuesta número 999. Madre 27 años. Localidad Tena
9	C33F6G	Encuesta número 1079. Madre 33 años. Localidad: Gualaceo
10	C45F13G	Encuesta número 108. Madre 45 años. Localidad Gualaceo
11	S36F9G	Encuesta número 119. Tío 36 años. Localidad Gualaceo
12	C38F13Q	Encuesta número 813. Madre 38 años. Localidad Quito
13	C42M15Q	Encuesta número 820 Madre 42 años. Localidad Quito
14	D34F14Q	Encuesta número 1101. Madre 34 años. Localidad Quito
15	C38M10Q	Encuesta número 264. Madre 38 años Localidad Quito
16	S34M5G	Encuesta número 146. Madre 34 años Localidad Gualaceo

5.1.1.Emocionalidad

Al hacer referencia a las emociones se han identificado como las más comunes las siguientes: tristeza, miedo, ira, alegría. Dentro de éstas el miedo, la ira o la tristeza pueden ser identificadas fácilmente bien sea por un especialista, o por el propio individuo que la experimenta. El ser humano reacciona conductualmente ante la presencia de un mal manejo de las emociones que pueden convertirse en una patología. Particularmente se asocia a lo anterior la huida, lucha o parálisis, duelo, en caso de las emociones relacionadas con la tristeza o el miedo. Ante una confrontación por tener intereses diferentes aflora la ira. Por otro lado, en episodios donde se experimenta la alegría se producen emociones como la exaltación o la euforia. (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2020).

Debe ser tomado en cuenta que las emociones tienen estrecha relación con la cognición, ante situaciones de miedo el individuo puede perder la capacidad de autocontrol tendiendo a manifestar reacciones primarias, por otra parte, en relación a la conducta, prevalece el instinto de sobrevivir, pero también puede ocurrir parálisis, o experimentar la necesidad de huir. Fisiológicamente la emocionalidad incide en las respuestas físicas y a nivel del subconsciente la emoción puede ser percibida como única e inolvidable dependiendo de cada individuo (Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2020).

En la presente investigación se conoció, cómo este evento que ha cambiado la dinámica familiar y social ha incidido en la emocionalidad de los niños y adolescentes, las percepciones e identificación de emociones recurrentes son descritas a continuación a través de la mirada de los informantes.

Figura 2*. Codigos compartidos en relación al confinamiento ante COVID-19 y su efecto en la emocionalidad*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

En la nube de palabras (fig 1) se observa cinco palabras principales compartidas como código entre los informantes: miedo, tristeza, ansiedad, enfermedad, emociones. El conjunto de emociones son identificadas al evaluar la situación de confinamiento y como ésta ha repercutido en los niños o adolescentes a su cargo. Dentro de los códigos secundarios en la nubes de palabras los informantes hacen referencia a la realidad que experimentaban antes del confinamiento donde mencionan la importancia de la asistencia de los niños y adolescentes a los espacios educativos, así como lugares complementarios de socialización a través de palabras como: sociable, familia, animada, compañeros relacionados con alegría y tranquilidad.

La evidencia de las emociones generadas por el confinamiento se reflejan en la siguiente opinion donde se pone en evidencia emociones como enojo ante pautas de los padres hacia los hijos como colaborar en las actividades propias del hogar y como respuesta se manifiesta rebeldia y discusiones familiares relacionadas con ira ante posturas diferentes.

- *"Se enoja con facilidad, no quiere realizar nada en la casa por más castigos que le impongo, se ha vuelto una rebelde hasta con los hermanos pelea, con eso le digo todo"* (Testimonio madre de 26 años, hijo de 4 años de edad, residenciada en Quito)

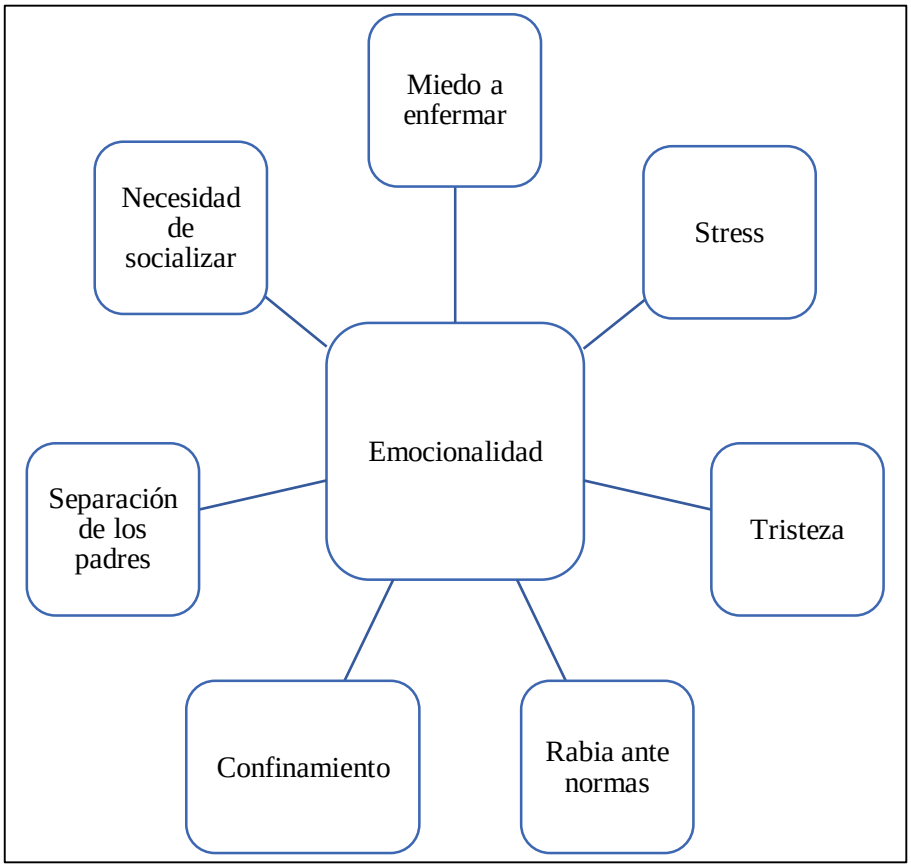
La mayoría supone que el confinamiento ha influido en las emociones de los niños y adolescentes, los cuales manifiestan rabia, ira, miedo generado por la imposibilidad de salir a diferentes espacios y compartir con familiares y amigos, para los niños comprender las razones del cumplimiento del confinamiento se les dificulta.

Es así, como la limitación de compartir con sus pares en espacios de encuentro y de juego produce tristeza tal y como se evidencia en la siguiente opinión:

- *"Bueno, mmmm a nivel emocional él es un niño alegre que trata de buscar entretenimiento el mismo. Si le he visto a veces triste más que todo porque él es muy sociable y le gusta socializar con sus compañeros, entonces esa parte es la que a él le ha hecho sentir triste, porque no puede compartir con sus compañeros, porque le gusta jugar en grupo, porque le gusta el fútbol, no puede salir a los parques, entonces esa parte si le he visto con un poco de tristeza*. (Testimonio Madre de 38 años, hijo de 10 años, residenciada en Quito)

A fin de sintetizar las categorías asociadas con la emocionalidad que emergieron de los informantes se realizó un diagrama que las integra. (figura 3).

Figura 3. *Emociones y causas identificadas por los informantes*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

En el caso del indicador emocionalidad son referidas las siguientes emociones:Miedo a enfermar por COVID-19, manifestación de stress, tristeza, relacionanda con el confinamiento y el cambio en la dinámica de la vida familiar; además de la imposibilidad de acudir a espacios educativos y de recreación. Existen además situaciones familiares que se suman a la respuesta emocional de los niños y los adolescentes ante el confinamiento como lo es la separación entre padres sea por ruptura del lazo filial o por la necesidad de desplazarse a otros espacios geográficos a nivel del pais o hacia el extranjero en busca de fuentes de ingreso.

5.1.2. Cognición

La cognición permite al individuo conocer la realidad generando el aprendizaje y la adquisición de nuevos conceptos mediante los cuales se establecen mecanismos de análisis, comunicación y socialización (Davis, 2014).

Varios procesos están implícitos en la cognición, tales como: El pensamiento, recuerdos, razonamiento, los mismos que inciden en el desarrollo de destrezas y habilidades (Flórez, et al., 2016).

El desarrollo cognitivo puede verse afectado por el entorno social y en consecuencia afectar el máximo potencial. El retardo psicomotor y cognitivo afectan el aprendizaje, el control de las emociones, así como la percepción del mundo. De persistir las condiciones enunciadas afectará el aprendizaje y se limitará la capacidad del individuo en la adaptación al entorno (Bonifacci, Storti, Tobia, & Suardi, 2016).

El aspecto cognoscitivo ha sido valorado por los informantes durante el confinamiento como estable, es decir, los hijos tenían un buen desempeño a nivel de aprendizaje, así como, adquisición de habilidades y destrezas en el entorno educativo, situación que se ha mantenido durante el confinamiento. Minoritariamente algunas familias consideraron que el confinamiento ha limitado el aprendizaje de sus hijos, asociándolo a la falta de equipos tecnológicos, acceso a internet o limitaciones para el acompañamiento de las actividades escolares.

Figura 4. *Codigos compartidos en relación al confinamiento ante COVID-19 y su efecto en lo Cognoscitivo*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

Puede apreciarse en la nube de palabras que los entrevistados comparten las siguientes apreciaciones: la dedicación en relación a los estudios por su buen desempeño; relación con el tránsito a la educación virtual, como una nueva experiencia para los niños, adaptación a las clases recibidas por plataforma tecnológica, o retroceso para avanzar en su aprendizaje a partir de la nueva modalidad de educación virtual.

En relación al aprendizaje las limitaciones económicas de los padres o encargados no les ha permitido contar con los equipos y plataformas, por ende, la preocupación recae en la necesidad de contar con clases presenciales a fin de evitar el retraso escolar. Así queda expresado en la siguiente opinión de unos de los entrevistados.

- *"En el aprendizaje no es mala, hace lo que le mandan las maestras, lo malo es que no tenemos computadora, nosotros tampoco tenemos plata para comprar, pero ahí en el celu del Papá la profe se comunicaba y hacia el deber, la profe decía que la nena si es inteligente y más que todo la tía que vive cerca le ayudaba en eso mejor no dio problema. Nos pone mal a mí y a mi mama no poder ayudarle con la escuela porque no entendemos y lo peor que no le podemos enseñar como lo hacía la*

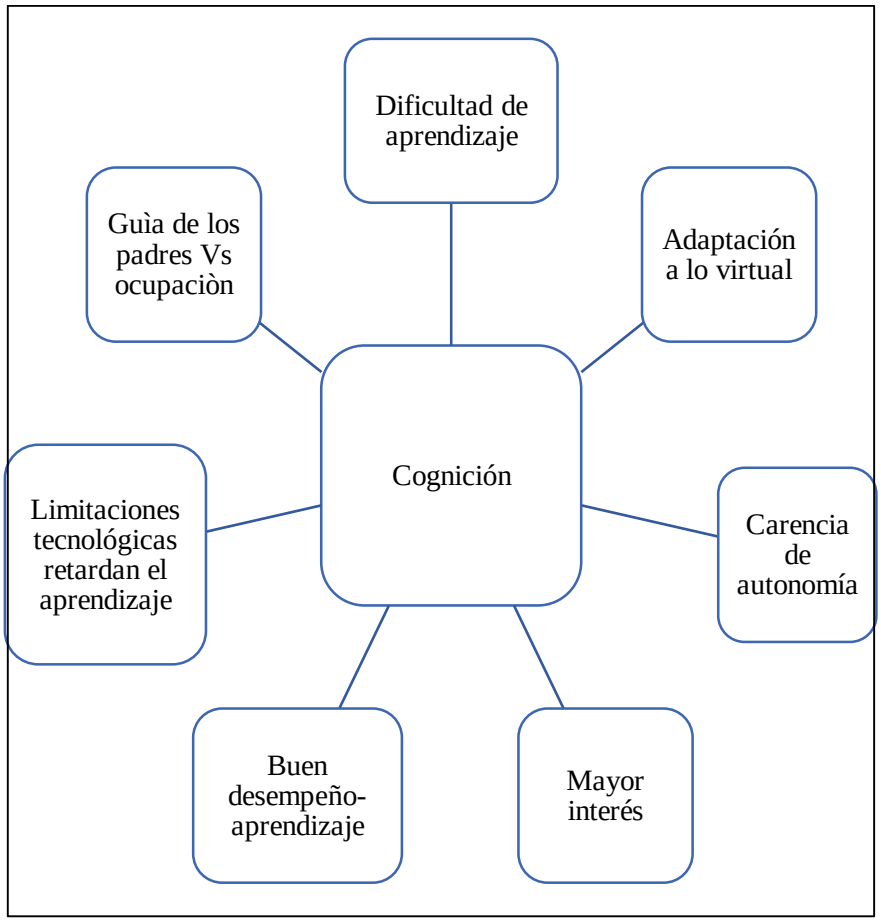
escuela, mmm es difícil para nosotros" (Testimonio de Tío de 36 años a cargo de una niña de 9 años junto a la abuela, residenciados en Gualaceo)

El regreso a los espacios laborales por parte de los padres y la continuidad de los hijos en confinamiento limita el acompañamiento en las actividades de aula a través de plataformas tecnológicas, razón por la cual el aprendizaje y rendimiento escolar se ha visto afectado.

- *"Era un chico promedio, menos de 8 no tenia, pero ya las materias como por ejemplo de lectura, de sociales, ese si ya tenía 7; pero matemáticas por ejemplo 9-8, y ahora, por ejemplo, él no puede asistir a clases virtuales porque no estamos nosotros, entonces por más que uno se le explica, y yo sé, pero no le puedo explicar y por eso a veces hasta yo me frustro, entonces no se podría medir porque el en realidad no está aprendiendo."* (Testimonio Madre de 38 años, hijo con 9 años de edad, residenciados en Zamora, Chinchipe. Paquisha)

A partir de la revisión y análisis de cada una de las entrevistas realizadas se presenta en el siguiente diagrama las categorías relacionadas con el aspecto cognitivo (figura 5).

Figura 5. *Efecto del confinamiento en el desarrollo cognoscitivo de los niños y adolescentes durante el confinamiento*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

En el aspecto cognoscitivo se identificaron los siguientes sub-indicadores: dificultad en el aprendizaje relacionado con el proceso de adaptación de los niños y adolescentes a la modalidad de educación virtual, en los más pequeños la carencia de autonomía limita un proceso que favorezca el aprendizaje. Sin embargo, también algunos padres reconocen que ha existido mayor interés en sus hijos al estar motivados a participar en las actividades virtuales educativas lo que incluso ha repercutido en su aprendizaje, es necesario resaltar que esta particularidad no se refleja en la opinión de la mayoría. Otra de las categorías identificadas es la falta de recursos y acceso tecnológico que ha limitado el aprendizaje. Por último, los padres manifiestan que al retornar a sus espacios de trabajo no son acompañados los hijos en el proceso

virtual educativo y esto afecta el desarrollo cognitivo de sus hijos desde el punto de vista del avance en los aprendizajes.

5.1.3. Conducta

La conducta es el resultado de la combinación de factores genéticos, además del entorno familiar y comunitario pueden estar influenciados por las diferentes fases del desarrollo (Ramírez, 2018). Existe también las conductas desadaptativas que inician con la falta de control progresivo de la ira, o conductas desafiantes ante leyes y normas, la presencia de este tipo de conductas se relaciona con el entorno social y cultural (Castillo, Chávez, & Zoller, 2019).

El confinamiento condujo a las familias a controlar el espacio de movilidad de los hijos para evitar las aglomeraciones ya que dentro de las medidas de prevención se encuentra la de distanciamiento social. Así, los niños y adolescentes han limitado su movilidad y espacios de sociabilidad a los familiares cercanos por lo que sus actividades se han transformado. Esta situación ha incidido en las conductas de los hijos, manifestándose la tendencia de conductas desadaptativas relacionadas con la emocionalidad.

Las principales reacciones de los niños menores de 5 años durante el confinamiento por la pandemia pueden incluir: miedo a estar solos, pesadillas, enuresis nocturna, trastornos del apetito, cambios en el comportamiento habitual, tales como enojos, berrinches, rabietas y quejas constantes. En etapa escolar se presenta irritabilidad, agresividad, llanto frecuente, retraimiento, dificultad para dormir y malestares físicos (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2020a).

Figura 6. *Codigos compartidos en relación al confinamiento ante COVID-19 y su efecto en las Conductas*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

En relación a la conducta observada en los niños y adolescentes las principales palabras o códigos compartidos son: cambio, confinamiento, comer (asociado a falta de apetito), encierro, mal genio, llorona, agresiva, contagio, detonante. Todas estas palabras relacionadas con el cambio en las actividades diarias, y el encierro prolongado han sido un detonante para que los hijos experimenten momentos de ira, mal genio y/o agresividad. Se ha dado un cambio en las actividades diarias, mayor uso de equipos tecnológicos sin restricción, lo que ha generado que los niños y adolescentes reaccionen negativamente.

Las rutinas son importantes sobre todo en los primeros años de vida, contribuyen a sostener en el tiempo los hábitos de alimentación y limpieza, además de generar sentido de responsabilidad. El confinamiento ha flexibilizado los horarios al no existir la necesidad de trasladar a los hijos a los espacios educativos o de actividades complementarias, de igual forma ha modificado las horas de alimentación. Es de recordar que la creación de hábitos está muy relacionada con las actividades diarias escolares por lo que al estar los niños y adolescentes en confinamiento y tener los padres que regresar a los espacios laborales ha influido en la

resistencia a la realización de rutinas. Además, estos cambios están asociados al stress que se genera producto del confinamiento. En el siguiente testimonio se aprecia como es afectada la conducta en relación a las rutinas:

- *"Ella siempre le gustaba bañarse, ahora ya no se quiere bañar; otra es que se pone de mal carácter, no quiere comer y ahora por último no quiere recibir las clases que le dan en zoom, ay… o sea no le atrae, no le llama la atención. He querido hacer un horario a que ella se levante y no se levanta a la misma hora, sino que se dificulta bastante, igualmente sabe que necesita bañarse o no quiere comer…prefiere jugar, prefiere pintar antes que desayunar o antes que comer".* (Testimonio de Madre de 26 años, hija de 4 años, residenciadas en Quito)

El uso indefinido de equipos tecnológicos también son elementos que, si bien pueden ser beneficiosos para el desarrollo de competencias tecnológicos, el uso sin control y sin propósito puede producir efectos negativos. El confinamiento y la falta de actividades recreativas ha elevado el tiempo de uso de estos dispositivos, y ante el intento de control por parte de los padres de familia, se producen conductas desfavorables, así queda expresado en el siguiente fragmento.

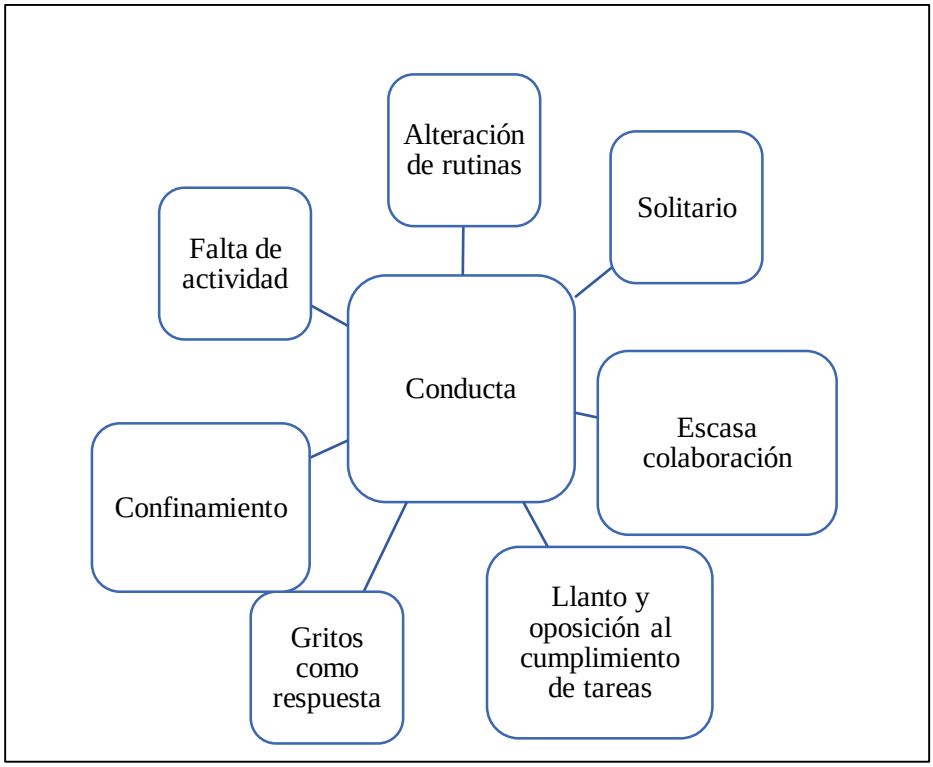
- *"Ante algo que delimitemos, por ejemplo, un tiempo en el celular, un tiempo en la Tablet o en el televisor, al momento de cortar el tiempo él se pone un poco agresivo o ansioso, eso notamos durante este tiempo. Por la falta tal vez de actividad que normalmente tenia, ahora está limitado únicamente a la casa, a las cuatro paredes de la casa, busca como un desahogo talvez en la televisión y al cortar este estímulo responde así.* (Testimonio de Madre de 35 años, hijo de 5 años, residenciados en Quito)

En cuanto a conductas de ira y agresividad los padres asocian que se han incrementado y que el origen se debe en algunos casos al confinamiento pero que se agrava cuando además existen separaciones o problemas familiares, tal y como se aprecia en el siguiente testimonio.

- *"Tiene un comportamiento más solitario, y a veces agresivo. Yooo creo que la ausencia del Papá le puso así y el confinamiento fue el detonante de todo"* (Testimonio Madre de 34 años, hijo de 5 años, residenciados en Gualaceo)

A partir del procesamiento de las entrevistas en relación al indicador conducta fueron identificados los siguientes sub-indicadores (figura 7).

Figura 7. *Conductas manifiestas en los niños y adolescentes producto del confinamiento*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

Se aprecia como las diferentes conductas durante el confinamiento se relacionan con: resistencia a rutinas como hora para despertar, alimentarse. Conductas de aislamiento, escasa colaboración en las actividades dentro del hogar, resistencia al cumplimiento de tareas, gritos como respuesta a las solicitudes de los padres. Los entrevistados asocian este tipo de manifestación de la conducta con el confinamiento y la falta de actividad física y de socialización de los niños y adolescentes.

5.1.4. Convivencia

En relación a la convivencia ante situaciones de confinamiento producto de normativas sanitarias se ha demostrado que la armonía e integración familiar depende de los procesos y las características de las relaciones que han sido establecidas entre los integrantes, en donde existe la capacidad de ejercer las jerarquías, de identificar las necesidades de cada uno de los integrantes buscando favorecer al individuo y al grupo familiar (Estrada, 2010).

Otra cara de la moneda es que en la experiencia de confinamiento por COVID-19 se ha visto la violencia a nivel de la convivencia familiar donde antes de la emergencia no la había o incrementado en aquellas familias que ya venían experimentando niveles de violencia, afectando a los niños, niñas y adolescentes (Montero, Bolívar, Aguirre, & Moreno, 2020).

Para el grupo de entrevistados, la convivencia familiar les ha permitido tener un mejor conocimiento de cada uno, compartir y estar más unidos. Si bien existen momentos en que se altera el clima de la convivencia se ha logrado solventarlo, prevaleciendo la comunicación armónica, esto ocurre en familias nucleares, extendidas y monoparentales.

Figura 8. *Codigos compartidos en relación al confinamiento ante COVID-19 y su efecto en la convivencia familiar*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

En este grupo de entrevistados la convivencia familiar gira en torno a las siguientes expresiones: Mejor, cambios, relación, bueno, problemas, peleamos, mejoramos, juntos,

unidos. Indicando que, si bien dentro de la convivencia pueden existir momentos álgidos, prevalece la armonía, e incluso ha significado para este grupo de familias compartir y conocer las necesidades de cada integrante y estar más unidos.

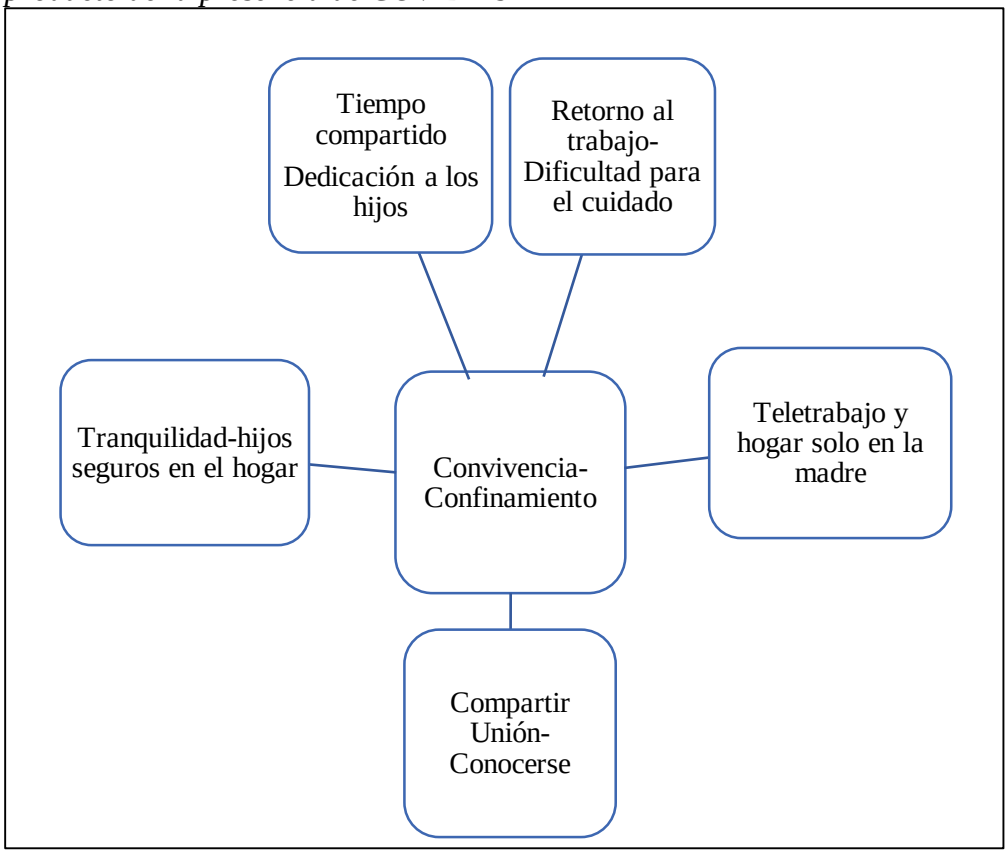
En el confinamiento existen familias que han podido compartir más y fortalecer los lazos filiales lo que se refleja en el funcionamiento armónico del grupo familiar, expresado en el siguiente testimonio.

- *"…Yo creo que mejor, mejor con el confinamiento, bueno en el confinamiento nos dedicamos más a ellos, estar con ellos, que no fue muy largo, por ejemplo, tal vez fue de unas 3 semanas en mi caso, entonces inicié el trabajo, pero mi esposo si se quedó algún tiempo, pero cuando los dos ya empezamos a trabajar nuevamente el como que empeoró."* (Testimonio Madre de 38 años, hijo de 9 años, residenciados en Zamora, Paquisha)

- *"Si, nos hemos unido más que nunca, nos cuidamos el uno al otro y la convivencia nos ayudó mucho a conocernos más y sobre todo yo a ayudar más a mis hijos. Nos llevamos mejor, la pandemia en ese aspecto nos ayudó full"* (Testimonio de Madre de 38 años, hija de 13 años, residenciada en Quito)

En relación al indicador y los sub-indicadores se pueden apreciar en el siguiente diagrama (figura 9).

Figura 9. *Convivencia en el funcionamiento familiar ante el confinamiento producto de la presencia de COVID-19*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

Particularmente para este grupo de entrevistados el confinamiento ha sido experimentado por la mayoría como algo favorable, la convivencia les ha permitido compartir, tener la posibilidad de mayor dedicación, también ha significado una mayor carga de trabajo para la madre. También les ha permitido tener un mayor tiempo compartido, jugar, fortalecer la unión, ofrecer a los hijos un lugar seguro y de protección. Ante la vuelta de algunos trabajadores a los espacios de trabajo esto ha significado dificultades para los padres para el cuido de sus hijos. En consecuencia, se aprecia que los lazos familiares antes del confinamiento tenían bases sólidas y ante esta nueva situación los vínculos se han fortalecido.

5.1.5. Funcionalismo

5.1.5.1. Estructura familiar, normas y disciplina

Al ser un sistema, la familia presenta una estructura o forma organizacional, determinando diversos medios de interacción entre los integrantes, y responde a una clasificación demográfica preestablecida (Ayamani, 2018). Con base al parentesco, la familia se ha clasificado en nuclear donde existe la presencia del padre y la madre, además de los hijos; monoparental donde se encuentra la madre o solo el padre, y no parental, que son aquellas familias en las que el rol de familia lo ejerce una persona ajena a los padres (Martínez Vasallo, 2015).

En relación a la disciplina y normas, es de hacer notar que éstas permiten que los integrantes del grupo familiar reaccionen de forma ordenada comprendiendo que estas pautas regulan la vida familiar, por lo tanto permite que cada integrante del grupo familiar practique estas reglas (Puello Scarpati, Silva Pertuz, & Silva Silva, 2014).

En el diagrama a continuación (figura 9) se puede observar las palabras en común en los entrevistados relacionados con la estructura familiar, más adelante (figura 11) se puede observar lo relacionado con las normas y disciplinas.

***Figura 10**. Codigos compartidos en relación a la estructura familiar*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

En relación a la estructura familiar dentro del grupo de los entrevistados se encuentra el tipo de familia nuclear, monoparental y no parental, tal y como se aprecia en los siguientes fragmentos de la entrevista.

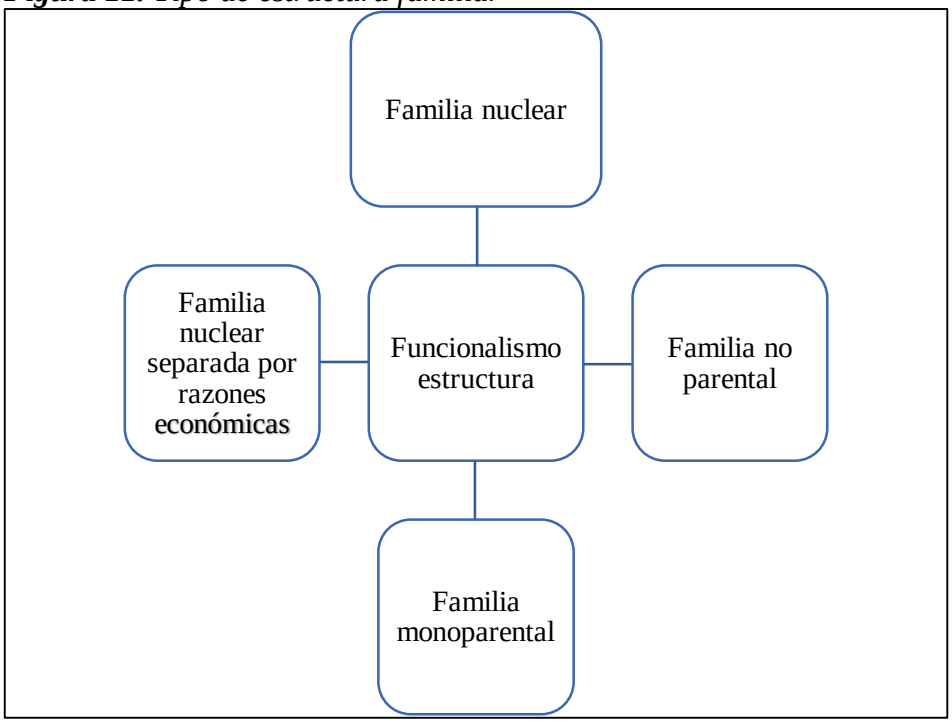
- *"Somos papá y mamá, tres hijos, el primero tiene 17 años, la segunda tiene 14 y el tercero tiene 10 años que es del pequeño que estamos conversando"* (Testimonio madre de 38 años, hijo de 10 años, residenciados en la ciudad de Quito)

- *"Soy su tío, y he estado encargado y el que vela por el bienestar de mis sobrinos. Se encuentra la abuela quien la cuida y realiza los quehaceres de la casa con 69 años, además se encuentran dos sobrinos"* (Testimonio Tío de 36 años, niña de 9 años de edad, residenciados en Gualaceo)

- *"Yo soy la cabeza del hogar y cuido de mi hija"(*Testimonio madre de 38 años, hija de 13 años, residenciada en Quito)

El diagrama que representa los tipos de familia encontradas en los entrevistados es la siguiente:

Figura 11. *Tipo de estructura familiar*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

Se encuentra dentro del grupo de entrevistadas familias nucleares, familia no parental, monoparental principalmente siendo la madre la que está ocupando el rol y familias nucleares con ausencia del padre debido a la situación de la presencia de COVID-19 y la necesidad de búsqueda de fuente de empleo en otras regiones.

5.1.5.2. Disciplina y normas

En cuanto a la disciplina y normas principalmente expresan los entrevistados que este rol recae principalmente en el padre cuando se está en presencia de un tipo de familia nuclear, en algunos casos son roles compartidos entre la madre y el padre, y en el caso de familia monoparental las normas y disciplina la realiza la madre. En la figura 11 se aprecia la nube de palabras con los principales códigos compartidos en este indicador.

Figura 12*. Codigos compartidos en relación a quién ejerce el rol de establecer disciplina y normas*



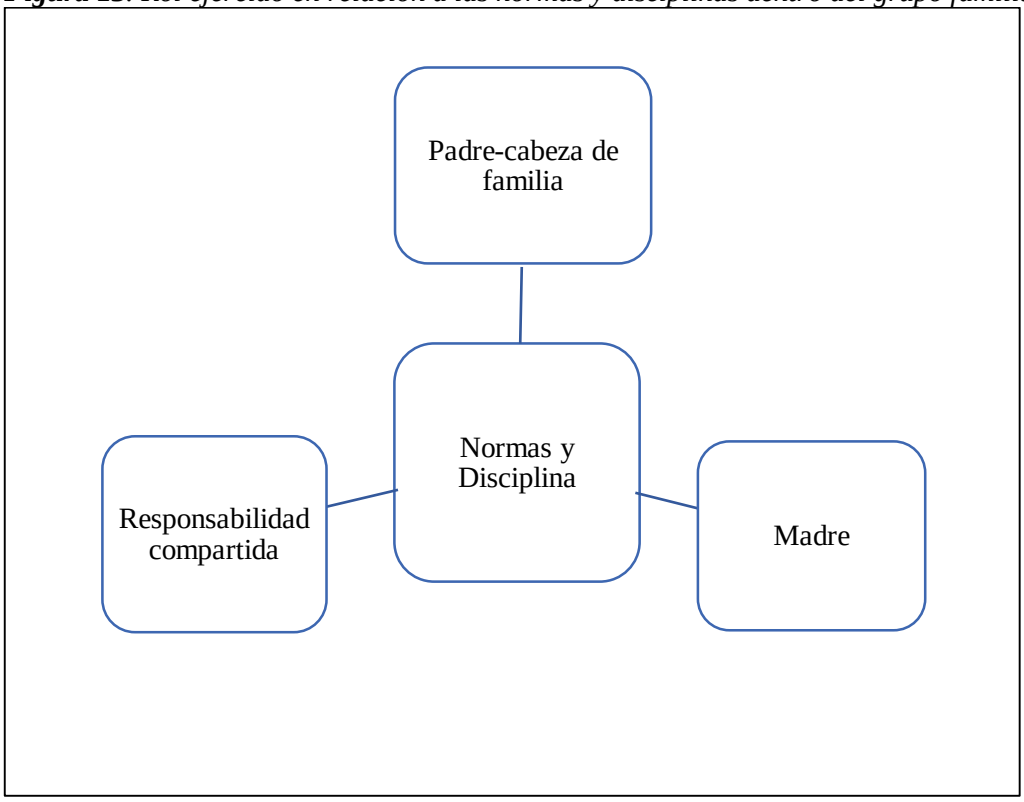
Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas

Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

- *"Aquí las normas las pone la madre que soy yo, y pues cada una que ayude, la una barre, la otra trapea, la otra lava platos y así vamos."* (Testimonio Madre de 46 años, hija de 12 años, residenciadas en Ventanas)
- *"El papa a veces y otras veces yo, así nos ayudamos para enseñarle nuestras costumbres y enseñanzas a la nena"* (Testimonio de Madre de 27 años, hija de 9 años, residenciadas en Tena)

- *"Madre, los dos en conjunto papá y mamá"* (Testimonio de Madre 38 años, hijo de 10 años, residenciados en Quito)

***Figura 13**. Rol ejercido en relación a las normas y disciplinas dentro del grupo familiar*



Elaborado por: Amelia Carolina Cifuentes y Adriana María Navas
Fuente: Testimonios de informantes que han experimentado cambios pronunciados en la salud mental

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Entre los participantes el grupo más frecuente fue el femenino con 76.7 %, procedencia rural en el 18.9 %, nivel de instrucción de la madre desde analfabeta a secundaria incompleta acumuló el 25.3 %, estado divorciado/separado, soltero, unión libre y viudo agruparon el 37.7 %, estructura familiar diferente a biparental en el 25.9 %, el 71.4 % de los encuestados habitaban más de tres personas en casa. La edad del niño, niña, adolescente presentó una media de 8.74. En el 41.2 % de los encuestados afirmaron que tenían hasta 2 niños en casa. El ingreso 1SBU se presentó en el 20.7 % y menos de 1 SBU el 18.6 %. El modo de trabajo más frecuente fue fuera de casa con turnos rotativos en el 24.9 %. Según Balluerka, (2020) todos estos aspectos han sido señalados como elementos a tener presente porque pueden representar características de vulnerabilidad en algunas personas y por tanto presentar mayor riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas ante la pandemia de COVID-19.

El 70.9 % indicó conocer al menos a una persona infectada, este elemento es señalado por Wang, y otros, (2020) como una potencial preocupación muy común entre las personas durante la pandemia.

El 38 % de los niños recibieron educación virtual, como por ejemplo por vía *WhatsApp*; según Ministerio de Salud Gobierno de Chile, (2020b) una de las medidas indicadas fue el aislamiento domiciliario por cuarentena, como una limitación o restricción de una serie de actividades habituales que normalmente se hacen fuera del hogar. La mitad de los niños presentaron un incremento en las horas de tarea durante la cuarentena, así como del uso de dispositivos tecnológicos, al respecto, la Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria, (2020) señala que en el contexto de la pandemia por COVID-19, se dictaron algunos lineamientos para proteger al niño y al adolescente, incluyendo el cierre de las instituciones educativas y la limitación para la movilidad, lo que altera sus rutinas y el apoyo social de su entorno.

Las clases presenciales fueron sustituidas por diferentes alternativas *on line* en el 23.7 % de los casos, el 93.6 % afirmaron disponer de *WiFi* y el 58.7 % de cada uno de los habitantes de la casa disponían de dispositivo tecnológico, aspectos con cifras por encima de estudios

realizados en Europa, tomando en cuenta las afirmaciones de Orgilés, Morales, Delveccio, Mazzeschi y Espada (2 020) quienes estiman que el 10 % de los escolares no pueden seguir las clases bajo esta modalidad, en virtud de que una de cada cinco familias en España no poseen la tecnología necesaria, por ejemplo computadores, sin embargo, algunos alumnos logran solventar con los teléfonos de sus padres, lo que representa un elemento de vulnerabilidad y desigualdad social.

La convivencia familiar durante la cuarentena se registró con predominio como buena, permaneciendo así durante el confinamiento, sin embrago, se duplicó el porcentaje de convivencia catalogada como mala, en concordancia con la Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria, (2020) que señalan que las medidas de confinamiento representan elementos estresantes para el niño, niña y adolescente, incluso para sus padres y cuidadores, aumentando la violencia y el desequilibrio psicosocial en las familias. Por su parte, la Asociación Española de Pediatría (2020), señala que durante el confinamiento por el COVID-19, los niños y adolescentes, experimentaron cambios radicales en su rutina habitual, tanto a nivel familiar como en los aspectos educativos y de su entorno social, lo que generó un impacto emocional y psicológico. Estos aspectos se relacionan con los hallazgos de Orgilés, Morales, Delveccio, Mazzeschi y Espada (2020) quienes evidenciaron que durante el confinamiento la convivencia familiar se hizo más difícil, generándose mayor nivel de estrés y desarrollo de problemas emocionales en los hijos.

El COVID-19 generó miedo asumido como normal en la mitad de los casos, al respecto, Dym, Griffin y Thomson, (2020) afirman que los niños y adolescentes reaccionan al estrés en sus padres y otros cuidadores y pueden comportarse de manera diferente en reacción a sentimientos fuertes, como miedo sobre la pandemia y condiciones relacionadas.

Entre el aspecto personal y actitudes más frecuentes registradas en el niño destacan los cambios en la alimentación, poco uso de videojuegos, realizar juegos tradicionales y ejercicio físico, en este sentido el Comité de Promoción de la Salud de la Asociación Española de Pediatría, (2020) manifiesta que los niños, durante el confinamiento deben realizar ejercicio físico y actividades propias de la edad. El 48.6 % vió televisión o películas frecuentemente y 43 % hizo tareas escolares frecuentemente, el 45.4 % usaban antes de la cuarentena menos de 1 hora los dispositivos tecnológico y durante la cuarentena el

predominio fue de 2 a 3 horas, estas costumbres o hábitos son mencionados por Wang, y otros (2020) como parte de las alteraciones presentadas por la pandemia, tales como el cese de actividades en instituciones educativas y recreacionales, la interrupción de las actividades cotidianas y la instalación de hábitos poco saludables como cambios de patrones de sueño y de alimentación, mayor tiempo frente a computadoras y sedentarismo.

El 17.2 % de los encuestados manifestaron mucha preocupación de que su hijo necesite apoyo psicológico después cuarentena, el 8.8 % que su hijo necesite medicación alteración mental y el 11.8 % que su hijo necesite terapia emocional, en este sentido, la Asociación Española de Pediatría, (2020) afirma que de las principales recomendaciones para el especialista en pediatría en relación con los niños en cuarentena, es la de tener presente la posibilidad de estar ante la presencia de alguna alteración en la esfera psicosocial para derivar al niño o adolescente a la consulta de salud mental. Por su parte Balluerka, (2020) señala según la evidencia de vulnerabilidad psicopatológica, algunas personas presentan mayor riesgo de presentar alteraciones psicológicas ante la pandemia de COVID-19.

El 2.4 % de los niños se encontraban bajo algún tratamiento para alteraciones en la salud mental, aspecto que Espada, Orgilés, Piqueras, & Morales, (2020) señalan como un elemento de riesgo durante la cuarentena dado por el limitado acceso a la atención para salud mental, aspecto que puede agravar situaciones preexistentes o surgir nuevos trastornos.

En términos generales, el 21.8 % presentaron trastornos psicológicos de acuerdo a los puntajes obtenidos en la Escala PSC, al respecto Espada, Orgilés, Piqueras, & Morales, (2020) afirman que, en la cuarentena por motivos de pandemia, bien sea en el hogar u hospitalizados, se aumenta la vulnerabilidad de niños y adolescentes, presentando alto riesgo de trastornos por estrés y problemas psicosociales. Entre los pacientes con mayores puntajes en las preguntas correspondientes a los trastornos de atención el 2 % alcanzó el máximo puntaje en este trastorno. Entre las preguntas concernientes a evaluar los trastornos depresivos, un grupo de 1.3 % alcanzó el máximo puntaje para este trastorno. Las cifras registradas en este estudio se encuentran por debajo de los hallazgos de Wang, y otros, (2020), quienes evidenciaron el 53 % de los participantes en su investigación presentaron un impacto psicológico como moderado a grave, sin embargo, ellos incluyeron una población entre 12 a 59 años.

Las preguntas para explorar los trastornos de la conducta el 2.3 % de los pacientes alcanzaron el máximo puntaje en este trastorno, en este sentido, los autores Espada, Orgilés, Piqueras, & Morales, (2020) señalan que los niños y adolescentes ante el confinamiento por la pandemia, pueden manifestar conductas de tipo desafiante, tales como discusión de normas y reglas, negándose a obedecerlas. El presente estudio registró cifras muy por debajo de las señaladas por Orgilés, Morales, Delveccio, Mazzeschi y Espada, (2020) quienes evidenciaron que el 89 % de niños presentaban alteraciones conductuales o emocionales como resultado del confinamiento.

Los ítems concernientes a trastornos de ansiedad el 3.6 % alcanzaron el puntaje máximo en esta categoría, al respecto el Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, (2020a) afirma que existe gran cantidad de información acerca de la enfermedad por coronavirus COVID-19, en donde se sabe que se ha incrementado la sensibilidad de niños y adolescentes, en quienes puede generar miedo y provocar altos niveles de ansiedad. Por su parte Brooks, y otros, (2020) refieren que las personas que viven una pandemia son proclives a desarrollar trastornos de estrés agudo y estrés postraumático. Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picazza-Gorrochategui, y Idoiaga-Mondragon, (2020) respecto a la ansiedad, depresión y estrés, sus resultados demostraron que los niveles de sintomatología fueron bajos al principio y aumentaron luego del confinamiento.

Entre los participantes el confinamiento se cumplió en el 84.5 % de los hijos, según Brooks, y otros, (2020), al respecto afirman que el confinamiento domiciliario ha sido la medida con mayor impacto en la vida de las personas.

Los pacientes que presentaron algún cambio en las horas de tarea, sea que aumentaron o disminuyeron, registraron una asociación con trastornos psicológicos, mientras que los que no presentaron cambios respecto a descuidar su aseo personal, alimentación o cambios en su vocabulario registraron una asociación significativa con los trastornos psicológicos, actuado como un factor protector en lugar de factor de riesgo, al respecto Asociación Española de Pediatría (2020), refieren estos aspectos relacionados con la posibilidad de generar un impacto emocional y psicológico. Para el Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, (2020a) los adolescentes que cambian las rutinas de actividades habituales y pasan mayor tiempo conectados a las redes sociales, pueden alterar los hábitos de sueño, ejercicio

físico y comida, generando ansiedad, preocupación y estrés; los que aprovechan para compartir en familia, inician proyectos nuevos y utilizan las redes para mantenerse conectados con sus pares de forma creativa tendrán menor riesgo de desarrollar alguna alteración mental durante la pandemia.

Los pacientes que nunca o a veces hicieron ejercicios presentaron asociación significativa con trastornos psicológicos en comparación con los que siempre o frecuentemente lo hicieron. Los juegos tradicionales en los pacientes que nunca o a veces lo practicaron, presentó una asociación significativa para trastornos psicológicos en comparación con aquellos que lo hicieron frecuentemente o siempre. Los juegos de mesa en los pacientes que nunca o a veces lo hicieron presentaron una asociación significativa para trastornos psicológicos en comparación con aquellos que lo hicieron frecuentemente o siempre, los niños que nunca o a veces vieron televisión o películas presentaron asociación con trastornos psicológicos en comparación con aquellos que si vieron televisión frecuentemente o siempre. Los pacientes que nunca o a veces hicieron actividades del hogar, presentaron asociación con trastornos psicológicos en comparación con aquellos que si las hicieron frecuentemente o siempre. Los niños que nunca o a veces realizaron tareas escolares presentaron asociación con trastornos psicológicos en comparación con aquellos que si hicieron tareas escolares frecuentemente o siempre. Estos aspectos se relacionan con los hallazgos de Orgilés, Morales, Delveccio, Mazzeschi y Espada (2020) quienes evidenciaron que durante el confinamiento los niños y adolescentes utilizaron computadoras con mayor frecuencia, dedicaron menos tiempo a la actividad física y durmieron más horas durante la cuarentena.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

Se logró determinar cuáles son los efectos del confinamiento domiciliario por COVID 19, en la salud mental y emocional de niños y adolescentes de 4 a 16 años, que viven en la República del Ecuador, desde marzo a junio 2 020.

- Las variables relacionadas o asociadas a las alteraciones de salud metal son: procedencia rural, cambios en las horas de tarea, falta de ejercicio físico, poca práctica de juegos tradicionales o juegos de mesa, ver poca televisión o no realizar tareas del hogar o tareas escolares, con alteraciones de la salud mental de la población infanto-juvenil durante el confinamiento por COVID 19.
- Los pacientes que no presentaron cambios respecto a descuidar su aseo personal, alimentación o cambios en su vocabulario, registraron una asociación significativa, actuando como un factor protector para evitar el desarrollo de trastornos psicológicos.
- Las características de convivencia durante el confinamiento en este estudio fueron predominantemente buenas, sin embargo, la cifra de convivencia mala se duplicó.
- Los cambios de salud mental en la población pediátrica durante el confinamiento en éste estudio fueron en aspectos emocionales y conductuales.
- Las emociones más comunes evidenciadas en este estudio fueron tristeza, miedo, ira y alegría en algunos casos; la cognición se mantuvo estable en la mayoría; en la conducta se presentaron cambios en las rutinas diarias; en la convivencia las familias que han podido compartir más y fortalecer los lazos y funcionalismo el padre cumple el rol de disciplina y normas.
- Se evidenció una elevada prevalencia de adolescentes que presentaron problemas de salud mental asociados a los cambios en su rutina diaria durante el confinamiento domiciliario como medida preventiva para evitar el contagio por COVID-19.

RECOMENDACIONES

- **Para los padres**

- Permanecer atentos ante los cambios de conducta, en las emociones y en el rendimiento escolar que presenten sus hijos y notificarlos a su médico pediatra.

- Mantener una buena comunicación con sus hijos para aclararles cualquier duda respecto a la pandemia, el confinamiento y la importancia de cumplir con las medidas de seguridad que aún se mantienen.

- Realizar actividades recreativas con sus hijos y compartir tiempo de calidad con ellos.

- Supervisar las actividades escolares y vigilar que cumpla con sus deberes.

- **Para los médicos**

- Tener presente el confinamiento como un factor de riesgo para generar alteraciones en la salud mental de la población pediátrica.
- Considerar las variables sociodemográficas y los cambios de hábitos y de actividades cotidianas en el hogar que presentaron los participantes, como principal elemento de sospecha para el desarrollo de alteraciones psicológicas.
- Estimular la incorporación o implementación, según el caso, de aquellos elementos como persistencia de buen aspecto corporal, buen vocabulario y ausencia de cambios en hábitos alimenticios, para contribuir en la protección del paciente ante desarrollo de alteraciones psicológicas.
- Incluir la valoración psicológica esencial como parte de la consulta pediátrica para detectar posibles casos de alteraciones en la esfera psicológica para realizar la derivación especial oportuna.

- **Para el Estado**

- Mejorar los programas de atención mental en pacientes ya diagnosticados con trastornos en la salud mental para que puedan continuar con su tratamiento y valoración continua en casos de confinamiento y evitar el empeoramiento de su estado.
- Implementar programas que permitan fortalecer el funcionalismo y la convivencia familiar para las familias que vieron afectado estos afectos por el confinamiento.
- Crear cadenas eficaces de atención de pacientes pediátricos que requieran un manejo intergal en Salud mental.
- Capacitar al personal de salud en Salud mental infantil para establecer multiples centros de ayuda que evalúen y manejen de manera óptima a ésta población vulnerable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria. (Marzo de 2020). *Nota técnica: Protección de la niñez y adolescencia.* Obtenido de https://www.unicef.org/media/66276/file/SPANISH_Technical%20Note:%20Protection%20of%20Children%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf

Asociación Española de Pediatría. (04 de 2020). *Posicionamiento de la AEP en cuanto a la repercusión del confinamiento en niños.* Obtenido de https://www.aeped.es/noticias/posicionamiento-aep-en-cuanto-repercusion-confinamiento-en-ninos

Comité de Promoción de la Salud de la Asociación Española de Pediatría. (04 de 2020). *Consecuencias físicas de la salud por tramo de edad.* Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/articulo_el_espanol_17_04.pdf

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picazza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cuadernos de Salud Pública, 36*(4). Obtenido de https://blog.scielo.org/wp-content/uploads/2020/04/1678-4464-csp-36-04-e00054020.pdf

Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2020b). *Indicaciones para personas en aislamiento domiciliario por COVID-19.* Obtenido de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/03/2020.03.13_INDICACIONES-EN-CUARENTENA.pdf

Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2020c). *Instructivos para permisos de desplazamineto.* Obtenido de https://www.serviciocivil.cl/wp-content/uploads/2020/05/permisos_cuarentena_19junio2020.pdf

Yin, Y., & Wunderink, R. (2018). MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *National Library of Medicine, 23*(2), 130137. Obtenido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29052924/

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2020a). *Guía práctica de bienestar emocional. Cuarentena en tiempos de COVID-19.* Obtenido de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.12_GUIA-PRACTICA-CUARENTENA-EN-TIEMPOS-DE-COVID19_final.pdf

Orgilés, M., Morales, A., Delveccio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. (2020). *Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain.* Obtenido de /5bhttps://psyarxiv.compfz/

Oliver, N., Barber, X., Roomp, K., & Roomp, K. (junio de 2020). *The Covid19Impact Survey: Assessing the Pulse of the COVID-19 Pandemic in Spain via 24 questions.* Obtenido de https://arxiv.org/abs/2004.01014

Balluerka, N. (mayo de 2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento.* Obtenido de https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

Espada, J., Orgilés, M., Piqueras, J., & Morales, A. (2020). Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud, 31*(2), 109-113. Obtenido de https://journals.copmadrid.org/clysa/art/clysa2020a14#B01

Dym, J., Griffin, J., & Thomson, D. (19 de Marzo de 2020). *Resources for Supporting Children's Emotional Well-being during the COVID-19 Pandemic.* Obtenido de /resources-for-https://www.childtrends.org/publicationssupporting-childrens-emotional-well-being-during-the-covid-19-pandemic

Martínez, M., Rodríguez, I., & Velásquez, G. (Mayo de 2020). Infancia Confinada. ¿Cómo viven la situación de confinamiento niñas, niños y adolescentes? *Enclave de Evaluación.*

Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (2020). *Qué son las emociones?* Obtenido de https://bemocion.sanidad.gob.es/emocionEstres/emociones/aspectosEsenciales/queSon/home.htm

Orozco, S. (2014). Normalidad y anormalidada psicológica y niveles de prevención. *Revista Electrónica Psyconex, 6*(9). Obtenido de https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/22445

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los tratsornos clínicos. *Revista Psicología Conductual, 19*(2), 347-372. Obtenido de https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalelpapeldelosdeficitemocionales.pdf

Miguel-Tobal, J., & Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones. En F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez, & M. Chóliz, *Psicología de la Motivación y la Emoción* (págs. 571-581). Madrid, España: McGraw-Hill. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/230577127_Emocion_y_Clinica_Psicopatologia_de_las_emociones_Emotion_and_Therapy_Psychopathology_of_the_emotions/links/09e4150199891822dd000000/Emocion-y-Clinica-Psicopatologia-de-las-emo

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. (Abril de 2020). *Enfermedad por coronavirus, COVID-19.* Obtenido de https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200421_INFORME_CIENTIFICO_SANIDAD_COVID-19.pdf

Angus Reid Institute. (febrero de 2020). *Half of Canadians taking extra precautions as coronavirus continues to spread around the globe.* Obtenido de http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/02/2020.02.04_Coronavirus.pdf

Sprang, G., & Silman, M. (Febrero de 2013). Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 7*(1), 105-110. Obtenido de https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/posttraumatic-stress-disorder-in-parents-and-youth-after-healthrelated-disasters/4F3E4300F74CEEAFA8EE95E490944888

Davis, P. (2014). *Cognición y Aprendizaje* (Segunda ed.). Editorial Sil Internacional.

Cancino, M., & Rehbein, L. (Noviembre de 2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Revista Terapia Psicológica, 34*(3), 183-189. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v34n3/art02.pdf

Balasch, J. (2007). Conducta y conducta. *Revista Acta Comportamentalia, 15*. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/2745/274520165003.pdf

Seoane, A. (Mayo de 2015). *Adolescencia y Conductas de Riesgo.* Obtenido de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado._andrea_seoane._mayo.pdf

Ramírez, F. (2018). *Diagnóstico de lso problemas de conducta infantil.* Obtenido de https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/libros/Conducta-Infantil-2018.pdf

Castillo, K., Chávez, P., & Zoller, M. (Julio-Diciembre de 2019). Factores familiares y escolares que influyen en los problemas de conducta y de aprendizaje en los niños. *Revsita de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, 6*(2), 124. Obtenido de http://scielo.iics.una.py/pdf/academo/v6n2/2414-8938-academo-6-02-124.pdf

Bonifacci, P., Storti, M., Tobia, V., & Suardi, A. (Septiembre de 2016). Specific Learning Disorders: A Look Inside Children's and Parents' Psychological Well-Being and Relationships. *Journal of Learning and Disabilities, 49*(5), 532-45. Obtenido de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25609675/

Clayton, P., Mccabe, L., Everly, G., & Links, J. (2009). Preparing for an influenza pandemic: Mental health considerations. *Literature Review, 24*(3), 223-30. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/26682110_Preparing_for_an_influenza_pandemic_Mental_health_considerations

Massachusetts General Hospital. (2019). *Lista de verificación de síntomas pediátricos.* Obtenido de https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist/

Reijneveld, S., Vogels, A., Hoekstra, F., Crone, M., & Hoekstra, F. (febrero de 2006). Uso de la lista de verificación de síntomas pediátricos para la detección de problemas psicosociales en la asistencia sanitaria preventiva infantil. *BMC Public Health, 6*(1), 197. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/6912978_Use_of_the_Pediatric_Symptom_Checklist_for_the_detection_of_psychosocial_problems_in_preventive_child_healthcare

Estrada, M. (2010). Convivencia forzosa: Experiencias familiares durante la emergencia sanitaria por el virus de la influenza humana A (H1N1) en la ciudad de México. *Desacatos, 32*, 109-118. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2010000100008&lng=es&tlng=es

Montero, D., Bolívar, M., Aguirre, L., & Moreno, A. (2020). Violencia Intrafamiliar en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19. *CienciAmérica, 9*(2), 261-267. doi:http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.316

Ayamani, A. (2018). *La estructura familiar y su influencia en las experiencias de vida en la calle de las adolescentes del hogar Virgen de Fátima de la ciudad de Puno.* Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Trabajo Social, Puno, Perú. Obtenido de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7163/Ayamamani_Condori_Andrea_Jeanette.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martínez Vasallo, H. M. (2015). La familia: una visión interdisciplinaria. *Médica Electrónica, 37*(5), 523-534. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500011&lng=es&tlng=es.

Puello Scarpati, M., Silva Pertuz, M., & Silva Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Revista Diversitas Perspectivas en Psicología, 10*(2), 225-246. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/679/67940023003.pdf

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C., & Ho, R. (2020, marzo). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health, 17*(5), 1729. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789/

Murphy, M., Bergmann, P., Chiang, C., Sturner, R., Howard, B., Abel, M., & Jellinek, M. (2016, Sep). The PSC-17: Subscale Scores, Reliability, and Factor Structure in a New National Sample. *Pediatrics, 138*(3). Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5005018/#__ffn_sectitle

Flórez, R., Castro, J., Arias, N., Gómez, D., Galvis, D., Acuña, L., & Benavides, L. (2016). *Aprendizaje, cognición y mediaciones en la escuela* (Primera ed.). Bogotá, Colombia: Serie Investigación IDEP.

Patricio del Castillo, R., & Pando, M. (04 de 2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 37*(2). Obtenido de https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/covid/retos.pdf

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., & Tan, W. (2020, Febrero). Un nuevo coronavirus de pacientes con neumonía en China, 2019. *N Engl J Med, 382*(8), 727-733. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31978945/

Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de España. (2020). *Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19.* (Primera ed.). España: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Obtenido de https://www.sepypna.com/documentos/2020_InformeCOVID_final.pdf

Baltar, F., & Gorjup, M. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicaciòn en poblaciones ocultas. *Intangible Capital, 8*(1), 123-149. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/549/54924517006.pdf

OPS. (9 de noviembre de 2020). *Actualización Epidemiológica. Enfermedad por coronavirus (COVID-19).* Obtenido de https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-9-noviembre-2020

OMS. (27 de Novimebre de 2020). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Situation by Country, Territory & Area.* Obtenido de https://covid19.who.int/table?tableChartType=heat

Palacios, J., Londoño, J., Nanclares, A., Robledo, P., & Quintero, C. (17 de Julio de 2020). Trastornos psiquiatricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr*. Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7366975/#!po=18.7500

OMS. (Marzo de 2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* Obtenido de https.in://www.whot/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

OMS. (2020). *Coronavirus.* Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus

OPS. (18 de septiembre de 2020). *Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19).* Obtenido de https://www.paho.org/es/file/73306/download?token=AMtVXDit

Fuenmayor, G., & Villasmil, Y. (2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión. *Revista de Artes y Humanidades UNICA, 9*(22), 187-202. Obtenido de https:/885901/www.redalyc.org/pdf/1701/170111.pdf

MSP. (2020). *Consenso de recomendaciones para el manejo ambulatorio y tratamiento domiciliario de pacientes con COVID-19 MTT2-PRT-0025.* Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/09/Recomendaciones-para-el-manejo-ambulatorio-domiciliario-Covid-19.pdf)

Espada, J. P. (2020, marzo). as buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clinica y Salud, 395*(10227), 2. Retrieved from https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30460-8/fulltext

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

"CONFINAMIENTO DOMICILIARIO POR COVID-19 Y LA SALUD MENTAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA, PERÍODO MARZO - MAYO 2020"

POSGRADO DE PEDIATRÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTORES:
AMELIA CAROLINA CIFUENTES CARCELÉN- CI 1718810946
ADRIANA MARIA NAVAS CAJAMARCA- CI 0302095187

*Obligatorio

Dirigido a: Padres/ cuidadores
Institución a cargo de la investigación: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador
Metodología: Encuesta online
Investigadores: Md. Amelia Cifuentes C.; Md. Adriana Navas C.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Invitamos a participar en la encuesta online, para determinar el cambio en el estado de salud mental de los niños y familias ecuatorianas a propósito del confinamiento por pandemia mundial COVID 19. La aparición del coronavirus ha supuesto la instauración a nivel mundial del confinamiento domiciliario como medida emergente para precautelar la salud de las poblaciones. Ésta medida evita los resultados negativos en cuanto a enfermedad, hospitalizaciones y defunciones, pero, indirectamente se ha evidenciado un aumento en el riesgo y aparecimiento de cambios en el estado de salud mental de niños, niñas y adolescentes, influyendo directamente el desarrollo psicosocial de la sociedad.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted decide participar en este estudio, aportará información valiosa y confidencial que los investigadores emplearán en el siguiente estudio de investigación, para evidenciar cambios en salud mental en la población infantil, así como factores de riesgo y establecer medidas que aporten al bienestar infantil, familiar y social.

La población de estudio será considerada aquella en rango de edad entre 4-16 años, el padre, madre o cuidador deberá llenar el formulario de forma individual a cada niño o niña.

Objetivo: Identificar el efecto del confinamiento domiciliario por el COVID-19 en la salud mental y emocional de niños y adolescentes que viven en la República del Ecuador, de 4 a 16 años, desde marzo a junio 2 020.

Procedimientos: La presente encuesta ha sido validada por un comité experto, la participación es libre y voluntaria, su participación consiste en brindar información dentro de una encuesta virtual previa autorización de este documento.

Costos y compensación: No tiene costo ni compensación alguna para el participante.

Participación voluntaria y retiro del estudio: La participación en el presente estudio es voluntaria, para ingresar en el estudio deberá aceptar el presente documento.

Riesgos: NINGUNO

Confidencialidad: La información de su representado no estará disponible para el investigador, solamente a través de correos electrónicos de los padres.

USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA:

Estos resultados serán usados para identificar cambios cualitativos en el estado de salud mental en la población infantil en el Ecuador, la información de los resultados del estudio en macro será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento sobre los cambios en salud mental pediátrica a propósito del confinamiento por pandemia COVID 19 en el Ecuador; se contará con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Católica del Ecuador.

Derechos del paciente:

Si usted decide que su hijo(a) no participe en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité Institucional de Ética.

En caso de que la presente encuesta expenda datos con probable alteración en el cambio de salud mental del participante, los investigadores podrían comunicarse vía telefónica con usted para recabar más información si usted así lo desea, de forma confidencial, para obtener más datos de los que se obtienen mediante ésta encuesta, previo su consentimiento.

ACEPTACIÓN / NEGACIÓN: Acepto voluntariamente otorgar información de mi hijo(a) de forma confidencial, comprendo lo que implica que mi representado participe en el proyecto, también entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

_____ _____

Nombre y apellidos del padre, representante o cuidador del menor
Cédula_____

Firma

En caso de dudas comunicarse con los investigadores al mail
Amelia Cifuentes acifuentes667@puce.edu.ec, 0995677197
Adriana Navas anavas524@puce.edu.ec o al 0991151781

Anexo 2. Encuesta *on line*

Indicaciones

El presente estudio tiene como finalidad reconocer cambios en el estado de salud mental de los niños, niñas y adolescentes que viven en el territorio ecuatoriano; por favor provea información veraz, confiable y detallada, por favor proceda a llenar una encuesta POR CADA INTEGRANTE en el rango de edad descrito (4-16 años)

- Todos los campos son obligatorios

- En caso de dudas comunicarse con los investigadores al mail

acifuentes667@puce.edu.ec, 0995677197/

anavas524@puce.edu.ec o al 0991151781

Marque solo un cuadro.

Mail de contacto de quien llena la encuesta: _____

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN

7.1. CIUDAD EN LA QUE VIVE _____

7.2. ÁREA EN LA QUE VIVE

URBANA

RURAL

7.3. SEXO DE QUIEN RESPONDE LA ENCUESTA

FEMENINO

MASCULINO

7.4. PERSONA QUIEN LLENA LA ENCUESTA?

PADRE

MADRE

OTRO

7.5. INSTRUCCIÓN DE LA MADRE O CUIDADOR

PRIMARIA INCOMPLETA

SECUNDARIA INCOMPLET

SUPERIOR

ANALFABETA

7.6. LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA FAMILIA

ECUATORIANO

COLOMBIANO

VENEZOLANO

OTRO

7.7. ESTADO CIVIL DEL PADRE- MADRE O CUIDADOR

CASADO/A

SOLTERO/A

UNION LIBRE

VIUDO/A

7.8. **TIPO DE FAMILIA**

MONOPARENTAL (A CARGO DE UNO DE LOS PADRES)

BIPARENTAL (VIVEN LOS 2 PADRES)

CUIDA OTRA PERSONA (NO CONVIVE CON NINGUNO DE LOS PADRES)

9. ¿CUÁNTAS PERSONAS HABITAN EN LA CASA?

1

2

3

MÁS DE 3

10. ¿CUÁNTOS MENORES DE EDAD HABITAN EN CASA?

1

2

3

MÁS DE 3

11. EDAD DEL NIÑO/ A

1 4

2 5

3 6

4 7

5 8

6 9

7 10

8 11

9 12

10 13

11 14

12 15

13 16

12. SEXO

FEMENINO

MASCULINO

13. EN CASO DE TENER MÁS DE UN HIJO, ¿COMPARTEN HABITACIÓN?

SI

NO

14. ¿QUÈ TIPO DE VIVIENDA POSEE?

CASA

DEPARTAMENTO

MEDIA AGUA

VILLA

15. PROPIEDAD DE LA VIVIENDA

PROPIA

ARRENDADA

PRESTADA

OTRA

16. ¿CUÁNTOS DORMITORIOS POSEE SU VIVIENDA?

1

2

3

MÁS DE 3

17. EN CUANTO A SUS INGRESOS (FAMILIAR):

MENOS DE UN SALARIO BÁSICO UNIFICADO (SB

MÁS DE UN SBU

MÁS DE 2 SBU

MÁS DE 3 SBU

MÁS DE 4 SBU

18. EN CUANTO AL TIEMPO EN EL TRABAJO, USTED?

YA NO TENGO TRABAJO, PASO TODO EL DIA EN CASA

TENGO TELETRABAJO EN HORARIO FIJO

TENGO TELETRABAJO, EN HORARIO AMPLIADO (MÁS DE 8 HORAS)

TENGO QUE SALIR DIARIAMENTE

TENGO QUE SALIR EN HORARIO ROTATIVO (CADA DÍA)

TENGO MI NEGOCIO EN CASA (TIENDA, FARMACIA, LOCAL)

19. QUE TIPO DE TRABAJO TIENEN LOS PADRES (VARIAS OPCIONES)

TELETRABAJO

ACUDO A OFICINA

SALUD

COMERCIANTE (SALE DE CASA)

LOCAL COMERCIAL

OTROS

SECCIÓN 5-7

EDUCACIÓN

20 ¿QUE TIPO DE EDUCACIÓN RECIBE DURANTE LA CUARENTENA?

PRESENCIAL

SEMIPRESENCIAL

VIRTUAL PRESENCIAL

VIRTUAL POR WHATSAPP

A DISTANCIA (ENVÍO FÍSICO DE MATERIAL A LA ESCUELA)

OTRAS MODALIDADES (LECTURA, VIDEOS, ETC)

NINGUNA

21. CUANTAS HORAS SE DEMORABA SU HIJO EN TAREAS ANTES DE LA CUARENTENA

_____

22. CUANTAS HORAS SE DEMORA SU HIJO EN TAREAS EN LA CUARENTENA

_____

SECCIÓN 7-8

ACTIVIDADES Y OCIO

23. **DISPONE USTED DE DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS ADECUADOS PARA:**

CONEXIÓN A WIFI

TELETRABAJO

SEGUIMIENTO DE TAREAS

VIDEOLLAMADAS Y CONEXIÓN CON LA FAMILIA

24. ¿POSEE USTED SUFICIENTES DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS PARA EL TRABAJO Y TAREAS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA?

SI, CADA UNO CUENTA CON UN DISPOSITIVO TECNOLÓGICO

NO, DEBEMOS TURNARNOS EL USO DE LOS DISPOSITIVOS, SIN PROBLEMA

NO LOGRAMOS TURNARNOS, ES UN VERDADERO PROBLEMA

25. ¿CUÁNTAS HORAS PERMANECÍA SU HIJO/A EN DISPOSITIVOS DE PANTALLA ANTES DEL CONFINAMIENTO? (TABLET, IPAD, TV, CELULAR, COMPUTADORA)

MENOS DE 1 HORA

2-3

4-5

MÁS DE 5

26. ¿CUÁNTAS HORAS PERMANECÍA SU HIJO/A EN DISPOSITIVOS DE PANTALLA ANTES DEL CONFINAMIENTO? (TABLET, IPAD, TV, CELULAR, COMPUTADORA)

MENOS DE 1 HORA

2-3

4-5

MÁS DE 5

27. ¿POSEE MASCOTAS EN EL DOMICILIO?

SOLO PERROS

SOLO GATOS

PERROS Y GATOS

OTRO TIPO DE MASCOTA SOLAMENTE

NO MASCOTA

28. CONVIVENCIA FAMILIAR ANTES DE LA CUARENTENA

EXCELENTE

BUENA

MALA

PÉSIMA

29. CONVIVENCIA FAMILIAR DURANTE LA CUARENTENA

EXCELENTE

BUENA

MALA

PÉSIMA

SECCION 9-10

COVID 19

30. ¿USTED COMO ADULTO, TIENE MIEDO A LA INFECCIÓN POR COVID 19?

TENGO MUCHISIMO MIEDO

SI, PERO ES LO NORMAL

NO, MIENTRAS ESTÉ EN CASA TODO ESTARÁ BIEN

DEFINITIVAMENTE NO TENGO MIEDO

31. RESPECTO AL COVID 19

CONOCE ALGUIEN AFECTADO

ALGUIEN HA FALLECIDO DEL NÚCLEO FAMILIAR

32. ¿HA CUMPLIDO SU HIJO/ HIJA ESTRICTAMENTE CON EL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO DURANTE LA CUARENTENA?

SI ☐

NO ☐

PARCIALMENTE ☐

33. AL PREGUNTARLE A SU HIJO SOBRE EL COVID 19, ELLOS

MUESTRAN SABER MUCHO ☐

NO LE INTERESA ☐

LE DA MIEDO/ ASUSTA ☐

USTED NO LE OFRECE INFORMACIÓN, PARA NO ASUSTARLO ☐

OTRO ☐

34. ¿USTED HA EVIDENCIADO DESDE EL CONFINAMIENTO SI SU HIJO?

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
SE QUEJA DE DOLOR Y MALESTAR				
LE GUSTA ESTAR SOLO				
SE CANSA FÁCILMENTE, TIENE POCA ENERGÍA				
LUCE NERVIOSO, NO ES CAPAZ DE ESTAR				
QUIETO				
TIENE PROBLEMA CON LOS PADRES				
ESTÁ MENOS INTERESADO EN LAS TAREAS ACADÉMICAS				
NO SE CANSA				
SUEÑA DESPIERTO CON MUCHA FRECUENCIA				
SE DISTRAE FÁCILMENTE				
TEMEROSO A NUEVAS SITUACIONES				
SE SIENTE TRISTE E INFELIZ				
SE ENOJA CON FACILIDAD				
SE SIENTE SIN ESPERANZAS				
TIENE PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE				

SE INTERESA MENOS EN LOS AMIGOS				
SE PELEA CON LOS DEMÁS				
NO QUIERE CONECTARSE A LAS CLASES ONLINE				
SUS NOTAS ESCOLARES ESTÁN EMPEORANDO				
SE CRITICA A SÍ MISMO				
ACUDE AL MÉDICO SIN QUE LE ENCUENTREN NADA				
TIENE PROBLEMAS PARA DORMIR				
SE PREOCUPA MUCHO				
QUIERE ESTAR CON LOS PADRES MÁS QUE ANTES				
CREE QUE EL /ELLA ES MALO				
TOMA RIESGOS INNECESARIOS				
SE HACE DAÑO				
SE DIVIERTE MENOS QUE ANTES				
ACTÚA COMO SI FUERA MÁS PEQUEÑO QUE LOS NIÑOS DE SU EDAD				
NO OBEDECE LAS REGLAS				
DEMUESTRA POCO SUS SENTIMIENTOS				
LE CUESTA COMPRENDER LOS SENTIMIENTOS DE LOS DEMAS				
MOLESTA O SE BURLA DE LOS DEMÁS				
CULPA A LOS DEMÁS DE SUS PROBLEMAS				
TOMA COSAS QUE NO LE PERTENECEN				
SE NIEGA A COMPARTIR COSAS				

35. SEÑALE ALGUNAS DE LAS CARACTERÍSTICAS QUE USTED HA EVIDENCIADO EN SU HIJO /A EN ESTA CUARENTENA (VARIAS OPCIONES).

DESCUIDA SU APARIENCIA PERSONAL ☐

DESCUIDA SU ASEO PERSONAL ☐

SE ALIMENTA EN MAYOR O MENOR CANTIDAD QUE ANTES ☐

HA CAMBIADO SU VOCABULARIO (MALAS PALABRAS) ☐

36. ¿DURANTE EL CONFINAMIENTO HA REALIZADO LAS ACTIVIDADES JUNTO A SU HIJO?

	NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
EJERCICIO FÍSICO				
JUEGOS TRADICIONALES (RAYUELA, COGIDAS, ESCONDIDAS)				
JUEGOS DE MESA				
TELEVISIÓN/ PELICULAS				
VIDEOJUEGOS				
ACTIVIDADES DE CASA (ARREGLAR, COCINAR)				
TAREAS ESCOLARES				

37. ¿CUÁNTAS HORAS DEDICABA A LA SEMANA CON SUS HIJOS ANTES DE LA CUARENTENA, EN PROMEDIO?

_____

38. ¿CUÁNTAS HORAS DEDICA A LA SEMANA CON SUS HIJOS DURANTE LA CUARENTENA, EN PROMEDIO?

_____

39. ¿COMO PADRE/ MADRE, TIENE PREOCUPACIÓN QUE UNA VEZ FINALIZADO EL CONFINAMIENTO SU HIJO/A?

	ME PREOCUPA MUCHO	ME PREOCUPA UN POCO	NO ME PREOCUPA
NECESITE APOYO PSICOLÓGICO			
REQUIERA MEDICACIÓN POR			

CAUSA DE ALTERACIÓN DE SALUD MENTAL			
REQUIERA TERAPIA EMOCIONAL			
NO SE REINTEGRE CON FACILIDAD			

40. ¿SU HIJO/ A ESTÁ SIENDO TRATADO POR UNA ALTERACIÓN DE SALUD MENTAL POR MOTIVOS DEL COVID 19?

SÍ ☐

NO ☐

41. EN CASO AFIRMATIVO, NOS PODRÍA SEÑALAR EL MOTIVO

TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD ☐

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO (DEPRESIÓN, BIPOLARIDAD) ☐

TRASTORNO DE ANSIEDAD ☐

TRASTORNO PSICÓTICO ☐

TRASTORNO DE CONDUCTA ☐

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) ☐

TRASTORNO ADICTIVO A VIDEOJUEGOS/ PANTALLAS ☐

TRASTORNO ADICTIVO A DROGAS/ ALCOHOL ☐

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA ☐

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO ☐

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ☐

OTRO: ☐

42. ¿CREE QUE SU HIJO NECESITARÁ AYUDA DE UN PROFESIONAL DE SALUD MENTAL UNA VEZ FINALICE EL CONFINAMIENTO?

SI ☐

NO ☐

43. ¿CREE QUE USTED NECESITARÁ AYUDA DE UN PROFESIONAL DE SALUD MENTAL UNA VEZ FINALICE EL CONFINAMIENTO?

SI ☐

NO ☐

44. AÑADA CUALQUIER DUDA O COMENTARIO, EN RELACION A CONDUCTAS QUE LE LLAMEN LA ATENCION EVIDENCIADAS EN SU HIJO/ HIJA DURANTE LA CUARENTENA POR PANDEMIA COVID 19.

---

45. AÑADA SU NÚMERO CELULAR

Anexo 3. Guía para entrevista semiestructurada

Recientemente usted participó en un encuesta *on line* titulada "Cambios en la salud mental del niño y la familia, durante el Confinamiento domiciliario por pandemia COVID 19, junio 2020", según los datos aportados, hemos percibido que un (os) de los miembros menores de edad en esa vivienda, se presume que presenta algunos cambios en su conducta, emociones, procesos cognitivos, lo que puede alterar la convivencia en el hogar. Por lo que nos gustaría saber si puede aportarnos alguna información extra al respecto. Si está de acuerdo, nos gustaría realizarle algunas preguntas, las cuales puede contestar con completa libertad y de forma voluntaria, si no lo desea, de igual manera le agradecemos por su amable atención.

-¿Permite usted que la entrevista sea grabada? SI/ NO

-Parentesco de la persona entrevistada con el menor:
Edad: Sexo:

- *ENFATIZAR EN EVIDENCIAR SI HAY CAMBIOS Y SI ESTOS HAN APARECIDO DURANTE EL CONFINAMIENTO.*
- *SI SE OBTIENEN MONOSILABOS EN LAS RESPUESTAS: SI/NO: RECABAR MAS INFORMACION*
- *AHORA RECABAR INFORMACION ANTES DURANTE Y DESPUES DEL CONFINAMIENTO*

- ¿Cómo está compuesta su familia (miembros y roles)?
- ¿Qué cambios en las **emociones** ha evidenciado durante el confinamiento por el COVID 19?
- ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo del cambio?
- ¿Qué cambios ha evidenciado en la capacidad de **aprendizaje** desde que se encuentra en confinamiento por el COVID 19?
- ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo del cambio?
- Ha existido variación en el rendimiento escolar durante el confinamiento ANTES DURANTE Y DESPUES?
- ¿Qué cambios ha evidenciado en el **comportamiento** desde que se encuentra en confinamiento por el COVID 19?
- ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo del cambio?
- ¿Quién se ocupa de las normas y disciplina?
- ¿Qué dificultades ha atravesado al CUIDAR Y DAR APOYO AL MENOR DURANTE EL CONFINAMIENTO?
- ¿La familia ha logrado seguir **funcionando** como lo venían haciendo antes del confinamiento?

-De ser negativa la respuesta a la pregunta anterior: ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo

del cambio?

- ¿Han presentado algún cambio en la **convivencia familiar** desde el confinamiento?
- ¿Cuál cree usted que pudo ser el motivo del cambio?
- ¿De qué forma los cambios que presenta el niño/joven han afectado la convivencia familiar?
- ¿Cómo se siente respecto a esta situación?
- Qué obstáculos ha atravesado durante este confinamiento en la crianza?
- ¿Ahora que estamos ante una flexibilización del confinamiento, el menor ha salido? ¿Ha existido algún cambio?
- DUDAS O SUGERENCIAS
- EN CASO NECESARIO RECABAR INFORMACION PARA REMITIR A MSP, IESS O CENTRO DE PSICOLOGIA APLICADA DE LA PUCE.

Le agradecemos su colaboración.

Anexo 4. Cruce de variables sin asociación significativa

Tabla 19. *Asociación entre trastorno de salud mental y las variables sociodemográficas*

Variable	Trastorno de salud mental (PSC)					
	Sí N (%)	**No N (%)**	**Chi²**	**p**	**RP**	**IC95 %**
Instrucción de la madre o cuidador						
Analfabeta hasta Secundaria	52 (21.1)	234 (26.8)	3.271	0.071	0.780	0.592-1.027
Superior	194 (78.9)	638 (73.2)				
Nacionalidad						
Extranjero	11(4.5)	22 (2.5)	2.543	0.111	1.539	0.938-2.526
Ecuatoriano	235 (95.5)	850 (97.5)				
Tipo de familia						
Biparental	186 (75.6)	641 (73.5)	0.440	0.507	1.024	0.956-1.097
Otra	60 (24.4)	231 (26.5)				
Número de personas que habitan en la casa						
1 a 3	71 (28.9)	247 (28.3)	0.027	0.869	1.021	0.800-1.302
Más de 3	175 (71.1)	625 (71.1)				
Hijos comparten habitación						
No	159 (64.6)	548 (62.8)	0.264	0.607	1.062	0.843-1.339
Sí	87 (35.4)	324 (37.2)				
Ingreso familiar						
<1SBU- 2SBU	47 (19.1)	164 (18.8)	0.011	0.490	1.015	0.767-1.344
> 2SBU	199 (80.9)	708 (81.2)				
Tiene dispositivos *WiFi*						
No	14 (5.7)	59 (6.8)	0.363	0.547	0.864	0.532-1.402
Sí	232 (94.3)	813 (93.2)				
Tiene dispositivos adecuados para seguimiento de tarea						
No	31 (12.6)	119 (13.6)	0.180	0.671	0.930	0.666-1.301
Sí	215 (87.4)	753 (86.4)				
Posee mascotas						
No	68 (27.6)	239 (27.4)	0.005	0.942	1.009	0.789-1.291
Sí	178 (72.4)	633 (72.6)				
Convivencia familiar antes de la cuarentena						
Mala/Pésima	9 (3.7)	19 (2.2)	1.720	0.190	1.478	.853-2.562
Buena/Excelente	237 (96.3)	853 (97.8)				
Convivencia familiar durante la cuarentena						
Mala/Pésima	17 (6.9)	36 (4.1)	3.289	0.070	1.492	0.992-2.244
Buena/Excelente	229 (93.1)	836 (95.9)				

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2020)

Tabla 20. *Asociación entre trastorno de salud mental y las características del niño*

Variable	Trastorno de salud mental (PSC)					
	Sí N (%)	No N (%)	Chi^2	p	RP	IC95%
Edad de niño						
4 a 12 años	202 (82.1)	718 (82.3)	0.007	0.935	0.988	0.741-1.317
Mayor de 13 años	44 (17.9)	154 (17.7)				
Sexo						
Femenino	123 (50)	409 (46.9)	0.738	0.390	1.102	0.883-1.373
Masculino	123 (50)	463 (53.1)				
En confinamiento el niño uso videojuegos						
Nunca/A veces	197 (80.1)	691 (79.2)	0.082	0.774	1.041	0.789-1.374
Frecuentemente/ Siempre	49 (19.9)	181 (20.8)				

Fuente: Encuestas de la investigación
Elaboración: MD. Amelia Cifuentes, MD. Adriana Navas (2020).