

Síntomas depresivos en cuidadores y su relación con problemas afectivos y comportamentales en niños, niñas y adolescentes

Depressive symptoms in caregivers and association with affective and behavioral problems in children and adolescents

Felipe Agudelo Hernández^a, Marcela Guapacha Montoya^b, Sonia De La Portilla Maya^a,
Martín Jaime Corrales Suárez^c, Asalia López Zuluaga^d

^aEscuela de Medicina, Universidad de Manizales. Manizales, Caldas, Colombia,

^bPrograma de estadística aplicada. Universidad Católica de Manizales. Manizales, Caldas, Colombia.

^cClínica Ospedale, Manizales, Caldas, Colombia.

^dHospital San Joaquín. Antioquia, Nariño, Colombia.

Recibido: 29 de enero de 2021; Aceptado: 25 de abril de 2022

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La salud mental en niños, niñas y adolescentes está determinada por múltiples factores psicosociales que interactúan entre sí. Cuando hay alteraciones en algunos de ellos se aumenta el riesgo de psicopatología.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Los problemas afectivos y comportamentales en población pediátrica se asocian con síntomas depresivos en sus cuidadores o cuidadoras principales, especialmente si estos síntomas cursan con una presentación aguda e impactan múltiples áreas de funcionamiento.

Resumen

Objetivo: Evaluar la relación entre los síntomas depresivos en cuidadores y la presencia de problemas afectivos y comportamentales en los niños, niñas y adolescentes. **Sujetos y Método:** Investigación de tipo descriptivo correlacional, de carácter transversal. Muestra: 1.100 niños y adolescentes con sus respectivos cuidadoras o cuidadores de colegios oficiales de Caldas-Colombia. Instrumentos: *Child Behavior Check List* (CBCL 4/18) y *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9). **Resultados:** La media de edad fue de 12,1 años. Según CBCL, hasta el 20% de los niños, niña y adolescentes presentaban alteración en alguno de los síndromes para dificultades afectivo-comportamentales. El 34% de las madres y el 14% de los padres habían presentado alguna vez, durante al menos 2 semanas, tristeza, desánimo, depresión, pérdida del interés. Al aplicar el PHQ-9 el 32,4% de las cuidadoras y los cuidadores fueron clasificados con depresión. Las cuidadoras y los cuidadores con dichas alteraciones tienden a percibir mayor dificultad para afrontar su cotidianidad comparado con las cuidadoras y los cuidadores de niños, niñas y adolescentes sin riesgo ($p < 0,003$). **Conclusiones:** La presencia de síntomas depresivos en cuidadoras y cuidadores se relacionan con aumento de síntomas internalizantes y externalizantes en niños, niñas y adolescentes.

Palabras clave:

Relación Padre-Hijo;
Trastornos de la
Conducta Infantil;
Depresión;
Cuestionario de Salud
del Paciente

Abstract

Objective: To evaluate the association between depressive symptoms in the caregiver and the presence of affective and behavioral problems in children and adolescents. **Subjects and Method:** Descriptive correlational cross-sectional research. Sample: 1100 children and adolescents with their respective parents or caregivers from public schools in Caldas, Colombia. Instruments used: Child Behavior Checklist (CBCL) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9). **Results:** The mean age was 12.1 years. According to the CBCL, up to 20% of the children and adolescents showed alteration in one of the syndromes for affective or behavioral difficulties. 34% of mothers and 14% of fathers showed for at least two weeks sadness, discouragement, depression, and loss of interest. When applying the PHQ-9, 32.4% of the parents/caregivers were classified with depression. Parents/caregivers with such disorders tend to perceive greater difficulty in coping with their daily lives compared with parents/caregivers of children and adolescents who are not at risk ($p < 0.003$). **Conclusions:** The presence of depressive symptoms in the parents/caregivers is related to an increase in internalizing and externalizing symptoms in children and adolescents.

Keywords:

Parent-Child Relationship;
Child Behavior Disorders;
Depression;
Patient Health Questionnaire

Introducción

La prevalencia mundial del trastorno depresivo mayor ha sido estimada en 4,7%¹, y, de estas, más del 80% tiene más de un episodio². Para Colombia la prevalencia es del 4,3% para toda la población, y para mujeres colombianas del 5,4%³. Se ha encontrado mayor prevalencia en las madres en comparación con otras mujeres⁴, lo que implica que una alta cantidad de niños, niñas y adolescentes están expuestos a varios episodios de depresión materna⁵.

Múltiples dificultades en el normal funcionamiento familiar, tales como problemas en la crianza, conflicto matrimonial y eventos vitales estresantes, se consideran factores asociados a la interacción entre la depresión materna y las alteraciones en la adaptación del niño y la niña durante la primera infancia⁵. Se han descrito factores de riesgo asociados a la aparición de episodios depresivos en las madres durante la crianza, como la violencia intrafamiliar, una pobre red de apoyo, un bajo nivel educativo y la ausencia de compañero afectivo⁶. Los resultados en el tema son mixtos, ciertos estudios informan que la depresión materna y la desventaja social afectan la salud mental de la niñez y de la adolescencia de manera independiente⁷, mientras que otros estudios sugieren que el efecto de la depresión materna se amplifica cuando coexiste con riesgos contextuales⁸, reflejando las consecuencias sociales de la depresión en el desarrollo del niño, niña y adolescente⁹.

Estudios muestran como las mujeres deprimidas tienen poca energía para cuidar de sí mismas y para atender y cuidar a sus hijos e hijas, evidencian falta de autoeficacia materna con aumento en las atribuciones negativas hacia el comportamiento del niño y niña, lo que compromete la capacidad de interpretar y responder adecuadamente a las necesidades de los hijos e hi-

jas⁵. La depresión es un trastorno que afecta significativamente el funcionamiento social y emocional, lo que hace que sea más difícil ser un padre o madre sensible y disponible¹⁰.

Los hijos de madres y padres con psicopatología no sólo presentan mayor riesgo de enfermedad mental, sino que tienen menos probabilidades de recibir el tratamiento necesario en comparación con niños y niñas de familias no afectadas. A medida que aumenta la gravedad de la enfermedad mental de sus madres, disminuye la cantidad de cuidados, apoyo y acceso a los servicios de los niños, niñas y adolescentes¹¹.

La depresión materna es un factor de riesgo para resultados adversos en la infancia y en la adolescencia, incluyendo alteraciones emocionales y comportamentales, siendo la exposición acumulativa un factor crítico¹². El estrés materno está asociado con el desarrollo de problemas internalizantes (síntomas de ansiedad/depresión, quejas somáticas o aislamiento) y externalizantes (problemas sociales, alteraciones del pensamiento y síntomas de inatención), tanto a través de transiciones biológicas (genéticas o en el útero), como por factores ambientales⁵, lo que ha determinado incluso un riesgo de depresión adolescente cuando se presentan síntomas afectivos maternos en la primera infancia¹³. Se ha encontrado que los niños y niñas pequeños de madres deprimidas reaccionan más negativamente al estrés y se retrasan en su adquisición de estrategias efectivas de autorregulación. De esta forma, los niños y niñas en edad escolar y los adolescentes cuyas madres están deprimidas tienen más problemas escolares, son menos competentes socialmente, tienen niveles más bajos de autoestima y niveles más altos de problemas de conducta¹⁴.

Los síntomas depresivos maternos moderan el efecto de las intervenciones psicosociales en niños, niñas y adolescentes con síntomas internalizantes, por lo cual

se hace necesario aplicar un enfoque basado en la detección temprana de síntomas depresivos en cuidadoras y cuidadores de niños, niñas y adolescentes con síntomas afectivos y/o conductuales, con el fin de lograr un tratamiento integral que involucre la regulación de la empatía y la emoción en el cuidador como mecanismo de apego seguro en el niño, niña o adolescente¹⁵. Las deficiencias en la regulación emocional presentan una relación bidireccional con el aumento de síntomas internalizantes en niños y niñas, dichas alteraciones son percibidas por las madres o los padres con o sin presencia de síntomas depresivos¹⁶.

Intervenciones breves y preventivas que impacten en los síntomas depresivos maternos pueden tener efectos a largo plazo en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes¹⁷. Intervenciones basadas en un enfoque psicosocial, de familias donde la madre presenta un diagnóstico de enfermedad mental, asociado a condiciones adversas, mejora los síntomas internalizantes y externalizantes de sus hijos o hijas al igual que impacta positivamente en la experiencia y el rendimiento escolar, resultados que tienden a mantenerse en el tiempo¹⁸. El objetivo de este estudio es evaluar la relación entre los síntomas depresivos en cuidadores y la presencia de problemas afectivos y comportamentales en los niños, niñas y adolescentes.

Sujetos y Método

Estudio observacional analítico de asociación durante el año 2018 y 2019, en instituciones educativas públicas de Manizales, Caldas, Colombia. Fueron incluidos niños, niñas y adolescentes con edades entre los 4 y 18 años, así como sus cuidadores y cuidadoras, solicitando el consentimiento informado de estos, explicado previamente el objetivo del estudio. Se tomaron datos sociodemográficos, algunos antecedentes personales de problemas mentales en cuidadores o cuidadoras, estos últimos basados en las preguntas usadas por la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia (ENSM)³. A los cuidadores y cuidadoras incluidos se les aplicó el CBCL/4-18, empleado para detectar síntomas afectivos y comportamentales en los niños, niñas y adolescentes, además del PHQ-9, con el cual se determinó las alteraciones afectivas en los cuidadores y cuidadoras. Fueron excluidos niños, niñas y adolescentes diagnosticados previamente con cualquier grado de discapacidad cognitiva y con trastornos neurológicos, al igual que las cuidadoras y los cuidadores que no respondieron todos los instrumentos aplicados.

Instrumentos

Patient Health Questionnaire (PHQ-9): El Cuestionario de Salud del Paciente-9 se desarrolló como

un evaluador auto aplicable para detectar síntomas de depresión en atención primaria, ampliamente disponible, con facilidad de aplicación e interpretación. Se compone de nueve ítems donde evalúa cada uno de los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor (MDE). Los puntajes varían de 0 a 27, con puntaje de ≥ 10 para detectar casos de MDE actual. Más de 100 estudios han examinado el PHQ-9 para su uso en atención primaria y más allá¹⁹. De igual forma, evalúa la dificultad que generan los síntomas en la vida de la persona a través de una pregunta cerrada con 4 opciones de respuesta: Nada difícil, un poco difícil, muy difícil y extremadamente difícil. La validación de la versión al castellano fue realizada en Chile en centros de atención primaria, mostrando adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,835), sensibilidad (88 %) y especificidad (92 %), comparado con la escala de Hamilton-D. De igual forma, presenta una adecuada validez concurrente y predictiva con respecto a los criterios de la CIE-10 para la depresión. La puntuación total de síntomas en el PHQ-9 predice la persistencia de los síntomas depresivos²⁰.

Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18): Cuestionario diligenciado por la cuidadora o el cuidador principal, evalúa problemas internalizantes y externalizantes, habilidades o competencias de los niños, niñas y adolescentes ligadas al ámbito escolar y social y sus comportamientos problemáticos. Los componentes mencionados se puntúan en ocho dominios: Aislamiento, Quejas somáticas, Ansiedad/depresión, Problemas Sociales, Alteraciones del pensamiento, Problemas de Atención, Conducta Delictiva y Conducta Agresiva, los que se conocen como síntomas de banda estrecha²¹. El núcleo referente a síntomas internalizantes combina las escalas de aislamiento, quejas somáticas, y ansiedad/depresión. El núcleo de síntomas externalizantes combina las escalas de conducta agresiva y conducta delictiva. Los síntomas internalizantes, los externalizantes y el total, se reconocen como síntomas de banda ancha²¹. El cuestionario se encuentra validado en contextos similares, mostrando una alta fiabilidad y una alta consistencia interna²², que se reafirmó en la muestra estudiada.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron en el software SPSS versión 26. Las variables cualitativas fueron analizadas mediante tablas de frecuencia porcentual, medianas y rangos intercuartílicos. Para evaluar el supuesto de normalidad de las variables se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la que mostró que no tenían una distribución normal. Por tal razón se realizó un análisis no paramétrico, donde se compararon las medianas a través de los estadísticos de U de Mann-Whitney y

Kruskal-Wallis para comparar 2 y 3 medianas según fuera el caso. En el análisis de correlación se hizo mediante coeficiente de correlación de Spearman²³.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 1232 niños, niñas y adolescentes de un nivel socioeconómico bajo. De estos, se excluyeron 132 debido a que no se lograron obtener encuestas completas en el CBCL, los cuales mostraron características similares a los estudiados en cuanto a edad, género y nivel socioeconómico. No obstante, se incluyeron algunos cuestionarios sin información de procedencia, género de niños, niñas y adolescentes, o género de cuidadores o cuidadoras principales, como se muestra en la tabla 1. Por lo tan-

to, los datos analizados pertenecen a un total de 1.100 participantes. La media de edad fue de 12,1 años (DE: 3,12), con edades comprendidas entre los 4 y 18 años.

La tabla 2 muestra las preguntas con las que se indagaban antecedentes de enfermedad mental en los padres y madres. Se observa que, de las respuestas afirmativas, las más frecuentes fueron: ¿Alguna vez la madre biológica ha estado 2 semanas o más triste, desanimada o deprimida, o ha perdido el interés o placer en las cosas?, con un 32%; seguida de ¿El padre biológico ha estado 2 semanas o más triste, desanimado o deprimido, o ha perdido el interés o placer en las cosas?, con un 14,5%.

Al aplicar el PHQ 9, cuestionario dirigido a detectar la presencia y gravedad de depresión en los padres, se encontró que el 67,6% fueron clasificados sin depresión, seguidos por depresión leve el 18,9%, depresión

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes

Género de niños, niñas y adolescentes, n (%)	Masculino	493 (44,8)	Femenino	593 (53,9)	No responde	14 (1,3)
Género cuidadoras o cuidadores principales, n (%)	Masculino	90 (8,2)	Femenino	924 (84,0)	No responde	86 (7,8)
Área de procedencia, n (%)	Rural	152 (13,8)	Urbana	906 (82,4)	No responde	42 (3,8)

Tabla 2. Antecedentes de enfermedad mental en padres y madres

Cuestionario ^a	Sí	No	No responde/no sabe
	n (%)	n (%)	n (%)
1. ¿Alguna vez la madre biológica ha estado dos semanas o más triste, desanimada o deprimida, o ha perdido el interés o placer en las cosas?	352 (32,0)	714 (64,9)	34 (3,1)
2. ¿La madre biológica ha tratado de suicidarse alguna vez?	111 (10,1)	956 (86,9)	33 (3,0)
3. ¿La madre biológica alguna vez ha tenido un problema de bebida o drogas?	76 (6,9)	997 (90,6)	27 (2,5)
4. ¿La madre bebió alcohol durante el embarazo?	34 (3,1)	1.025 (93,2)	41 (3,7)
5. ¿La madre del niño consumió marihuana, cocaína, basuco, anfetaminas o heroína durante el embarazo?	24 (2,2)	1.022 (92,9)	54 (4,9)
6. ¿La madre biológica ha requerido hospitalización por un problema mental, emocional, de drogas o alcohol?	63 (5,7)	1.005 (91,4)	32 (2,9)
7. ¿La madre biológica alguna vez durante la niñez tuvo más problemas que otros niños de su edad por ser muy impulsiva o activa?	127 (11,5)	934 (84,9)	39 (3,5)
8. ¿El padre biológico ha estado dos semanas o más triste, desanimado o deprimido, o ha perdido el interés o placer en las cosas?	159 (14,5)	807 (73,4)	134 (12,2)
9. ¿El padre biológico ha tratado de suicidarse alguna vez?	51 (4,6)	900 (81,8)	149 (13,5)
10. ¿El padre biológico alguna vez ha tenido un problema de bebida o drogas?	157 (14,3)	819 (74,5)	124 (11,3)
11. ¿El padre biológico alguna vez ha tenido otro problema emocional serio o enfermedad mental?	58 (5,3)	900 (81,8)	142 (12,9)
12. ¿El padre biológico alguna vez ha sido encarcelado, arrestado o convicto por un crimen?	72 (6,5)	894 (81,3)	134 (12,2)

^aPreguntas tomadas de la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia, 2015 (ENSM)³.

moderada el 7,3%, depresión muy severa el 3,2% y el porcentaje más bajo del 3% correspondía a padres con depresión severa. A la pregunta, ¿Qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas?, relacionada con el grado de disfuncionalidad que genera la presencia de depresión, el 66,5% respondió que nada difícil, seguidos por un poco difícil, muy difícil, y extremadamente difícil con porcentajes del 22,2%, 5,7% y 1,7% respectivamente. El 3,9% de las cuidadoras o cuidadores no respondió esa pregunta.

La evaluación de los niños, niñas y adolescentes con el CBCL-4-18 mostró que el 80% se encontraban dentro de los percentiles de normalidad. De los síndromes de banda estrecha evaluados, el más alterado fue el de conducta agresiva con un 9,4%, seguido de aislamiento con un 9,3% y alteraciones del pensamiento con un 9%. De los síndromes de banda ancha, el que presentó mayor alteración fue el de internalización con un 11,1% (tabla 3).

En la tabla 4 se presenta el análisis de correlación entre cada uno de los síndromes evaluados en los niños, niñas y adolescentes mediante el CBCL 4/18 y las preguntas de antecedentes de enfermedad mental en padres y madres. Los resultados muestran que, la mediana de los percentiles es mayor en niños, niñas y adolescentes, cuando la respuesta a la pregunta de enfermedad mental en los padres es afirmativa. Aunque en algunos interrogantes, como *La madre bebió alcohol durante el embarazo*, y *¿La madre del niño consumió marihuana, cocaína, basuco, anfetaminas o heroína durante el embarazo?*, no se encontró asociación con ninguno de los síndromes, a excepción de esta últi-

ma en relación con el síndrome de conducta delictiva, donde la p fue de 0,046 (tabla 4, continuación).

De igual forma, se halló una relación positiva entre los puntajes obtenidos en cada uno de los síndromes evaluados por el CBCL 4/18, y el puntaje total del PHQ9 en las cuidadoras o cuidadores, aunque esta relación se considera débil (ρ entre 0,25-0,5). Además, existen diferencias significativas entre los puntajes de dichos síndromes con respecto al grado de dificultad que generan los síntomas depresivos del PHQ9 para realizar las actividades de la vida diaria.

En general, la mediana de los puntajes del CBCL 4/18 es más alta en los grupos con mayor grado de dificultad, lo que significa que, mientras más difíciles resultan las tareas de la vida diaria por síntomas depresivos en cuidadores o cuidadoras, hay más afectación en la salud mental de niños, niñas y adolescentes (tabla 4).

Discusión

En este estudio se encontró que un 84% de las personas encargadas del cuidado, fueron mujeres, lo cual concuerda con la gran mayoría de investigaciones, que mencionan que gran parte de quienes cuidan a niños, niñas y adolescentes, son mujeres de mediana edad^{24,25}. Gaviria y Rondon encontraron que la depresión y la ansiedad son dos veces más frecuentes en las mujeres en contextos latinoamericanos²⁶, lo que confiere mayor dificultad para relacionarse normalmente con los hijos ya que la enfermedad perturba la percepción que se tiene del desarrollo psicosocial, lo que da lugar a pautas educativas inadecuadas y a un tipo coercitivo de inte-

Tabla 3. Síndromes del CBCL 4 - 18 cuestionario para cuidadoras o cuidadores

Síndromes/dominios	Mediana (Rango IC*)	Percentiles		
		Normal n (%)	Subclínico n (%)	Clínico n (%)
Aislamiento	57 (50-64)	898 (81,6)	100 (9,1)	102 (9,3)
Quejas somáticas	53 (50-59)	1.018 (92,5)	65 (5,9)	17 (1,6)
Ansiedad/Depresión	55 (50-62)	946 (86)	72 (6,5)	82 (7,5)
Internalización	55 (48-64)	903 (82,1)	75 (6,8)	122 (11,1)
Problemas sociales	52 (50-63)	960 (87,3)	88 (8)	52 (4,7)
Alteraciones del pensamiento	57 (50-64)	876 (79,6)	125 (11,4)	99 (9,0)
Inatención	54 (50-61)	923 (83,9)	95 (8,6)	82 (7,5)
Externalización	55 (43-62)	919 (83,6)	86 (7,8)	95 (8,6)
Conducta delictiva	54 (50-63)	940 (85,4)	91 (8,3)	69 (6,3)
Conducta agresiva	54,5 (50-63)	929 (84,4)	68 (6,2)	103 (9,4)
Total	50 (0-60)	954 (86,7)	64 (5,8)	82 (7,5)

*IC: intercuartílico.

Tabla 4. Relación entre los síndromes evaluados por CBCL 4-18 y las preguntas de antecedentes de enfermedad mental en padres y madres

Síndromes	Preguntas ENSM			Episodio depresivo previo en madre			Intento de suicidio en la madre			Consumo de sustancias en madre			Alcohol durante la gestación			Otras SPA durante la gestación			Hospitalización en madre por problemas mentales		
	SÍ M	No M	p*	SÍ M	No M	p*	SÍ M	No M	p*	SÍ M	No M	p*	SÍ M	No M	p	SÍ M	No M	p	SÍ M	No M	p
Aislamiento	61	54	< 0,001	63	54	< 0,001	61	57	< 0,001	57,5	57	0,689	60,5	57	0,259	61	57	0,002			
Quejas somáticas	56	51,5	< 0,001	59	53	< 0,001	53	53	0,484	50	53	0,108	50	53	0,212	53	53	0,063			
Ansiedad/Depresión	60	52	< 0,001	64	54	< 0,001	58	55	0,001	55,5	55	0,875	55	55	0,83	61	55	< 0,001			
Internalización	61	53	< 0,001	64	55	< 0,001	60	55	< 0,001	56,5	55	0,649	58	55	0,474	62	55	< 0,001			
Problemas sociales	56	52	< 0,001	59	52	< 0,001	57,5	52	0,038	52	52	0,377	52	52	0,769	59	52	0,008			
Alteraciones del pensamiento	63	51	< 0,001	64	56	< 0,001	64	57	< 0,001	57	57	0,612	60	57	0,387	63	57	< 0,001			
Inatención	59	51	< 0,001	61	54	< 0,001	60	54	< 0,001	57	54	0,084	57	54	0,24	60	54	< 0,001			
Externalización	60	53	< 0,001	60	55	< 0,001	59	55	0,001	54,5	55	0,602	59,5	57	0,208	61	55	< 0,001			
Conducta delictiva	58	53	< 0,001	58	54	< 0,001	58	54	0,001	54	54	0,899	60	54	0,046	57	54	0,055			
Conducta agresiva	59	53	< 0,001	60	53,5	< 0,001	57	54	0,002	55,5	55	0,799	58	54	0,308	63	54	< 0,001			
Total	57	48	< 0,001	59	50	< 0,001	53,5	51	0,196	52	50	0,454	56,5	53	0,199	58	50	< 0,001			

Síndromes	Preguntas ENSM			Problemas de la madre biológica en la niñez			Episodio depresivo previo en padre			Intento de suicidio en padre			Consumo de sustancias en padre			Enfermedad mental en padre			Problemas legales en padre		
	SÍ M	No M	p*	SÍ M	No M	p	SÍ M	No M	p	SÍ M	No M	p*	SÍ M	No M	p	SÍ M	No M	p	SÍ M	No M	p
Aislamiento	64	54	< 0,001	61	54	< 0,001	65	54	< 0,001	61	54	< 0,001	61	54	0,003	64	54	< 0,001			
Quejas somáticas	53	53	0,145	58	53	0,001	59	53	0,006	58	53	0,002	53	53	0,063	54,5	53	0,067			
Ansiedad/Depresión	62	54	< 0,001	60	53	< 0,001	64	54	< 0,001	60	53	< 0,001	61	54	< 0,001	62	54	< 0,001			
Internalización	63	55	< 0,001	61	54	< 0,001	67	55	< 0,001	61	54	< 0,001	62	55	0,001	63	55	< 0,001			
Problemas sociales	59	52	< 0,001	56	52	0,001	59	52	0,003	59	52	< 0,001	52	52	0,817	62,5	52	< 0,001			
Alteraciones del pensamiento	64	56	< 0,001	64	56	< 0,001	67	56	< 0,001	63	56	< 0,001	57	57	0,055	64	56	< 0,001			
Inatención	61	54	< 0,001	59	51	< 0,001	63	54	< 0,001	59	53	< 0,001	60	54	< 0,001	63,5	54	< 0,001			
Externalización	61	55	< 0,001	60	53	< 0,001	62	55	< 0,001	61	53	< 0,001	59	55	0,004	63,5	55	< 0,001			
Conducta delictiva	60	53	< 0,001	58	53	< 0,001	60	54	0,002	58	53	< 0,001	58	54	0,016	62	53	< 0,001			
Conducta agresiva	60	53	< 0,001	58	53	< 0,001	62	53	< 0,001	60	53	< 0,001	58	53	0,001	62	53	< 0,001			
Total	56	49	< 0,001	57	48	< 0,001	60	49	< 0,001	58	48	< 0,001	61,5	48,5	0,002	61,5	48,5	< 0,001			

ENSM: Encuesta nacional de salud mental, M: Mediana, *Calculada por U de Mann Whitney.

Tabla 5. Relación entre síndromes CBCL 4/18 y resultados obtenidos mediante el PHQ9 en cuidadores o cuidadoras

Síndromes	Puntaje total PHQ 9	¿Qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar o llevarse bien con otros miembros de su familia?				
	rho	Nada difícil (M)	Un poco difícil (M)	Muy difícil (M)	Extremadamente difícil (M)	p
Aislamiento	0,351	54	61	63	68	< 0,001
Quejas somáticas	0,292	52	53	53	59	< 0,001
Ansiedad/Depresión	0,406	52	60	61	65	< 0,001
Internalización	0,438	54	61	62	68	< 0,001
Problemas sociales	0,259	52	59	59	63	< 0,001
Alteraciones del pensamiento	0,308	56	57	64	73	< 0,001
Inatención	0,344	51	57	60	67	< 0,001
Externalización	0,362	52	59	62	69	< 0,001
Conducta delictiva	0,336	53	58	61	67	< 0,001
Conducta agresiva	0,369	53	58	60	68	< 0,001
Total	0,331	48	56	57	70	< 0,001

rho: Coeficiente de correlación de Spearman, M: Mediana.

racción padres/madres-hijo/hija, que facilita la aparición de problemas emocionales y de la conducta²⁷. Lo anterior se valida en la presente investigación, con un porcentaje importante de síntomas depresivos actuales (determinados por PHQ9) y en los antecedentes de enfermedad mental, en personas dedicadas al cuidado de niños, niñas o adolescentes (tabla 2), donde incluso se reportó que un 10,1% de las madres biológicas han presentado intentos de suicidio, comparado con 4,6% en los padres, lo que además guarda una proporción de 2,19 que, es mayor a la registrada en Colombia y otros países^{1,8,28}.

Por otra parte, es importante señalar que este estudio fue realizado en colegios con estudiantes de estrato socioeconómico bajo, lo que se constituye en un determinante social de la salud, por lo que en el análisis de los resultados se deben considerar un enfoque interseccional²⁹. Al respecto, Hills menciona que, la desigualdad social influye y potencian los riesgos de salud mental³⁰. Así es como también, ha habido estudios que han encontrado una asociación entre un nivel socioeconómico más bajo y tasas más altas de trastornos psiquiátricos, especialmente depresión^{31,32}. Además, en otras investigaciones se ha reportado que los niños que viven en entornos de pobreza tienen un mayor riesgo de problemas de salud mental, incluso después de tener en cuenta la depresión materna^{32,33}. Por lo tanto, los resultados obtenidos en este estudio podrían estar también influidos por estas variables.

Los hallazgos de esta investigación resultan coincidentes con los resultados de este estudio de Flynn E.,

Chung E. y Ozer E.²⁶, donde los dominios sintomáticos del CBCL 4/18 mostraron asociación con el PHQ9, especialmente con el grado de disfunción en la vida diaria que traen estos síntomas depresivos para cuidadores o cuidadoras. Otros estudios en población similar, usando el PHQ9 para cuidadores, han mostrado impactos en el funcionamiento cognitivo de niños, niñas y adolescentes, en asociación con síntomas depresivos en cuidadores o cuidadoras principales³⁴.

En la presente investigación mostró que el 32% de las madres y el 14,5% de los padres habían tenido síntomas depresivos y en hasta el 20% de síntomas de riesgo para dificultades afectivo-comportamentales, en niños, niñas y adolescentes, lo cual es similar a lo reportado por un estudio mexicano³⁵, al menos en lo referente a los padres, sin embargo, es inferior a lo encontrado en los hijos e hijas (38,7% y 44,4%, respectivamente).

De igual forma, esta asociación entre las dificultades socioemocionales de los niños, niñas y adolescentes, y los síntomas afectivos en cuidadores o cuidadoras principales, se ha relacionado con una propensión a comportamientos violentos a la hora de educar a los hijos e hijas³⁶, lo que podría ser percibido como dificultad en la crianza.

En el presente estudio se relacionaron los síntomas depresivos en los cuidadores y en las cuidadoras con síntomas externalizantes, donde los síntomas internalizantes mostraron la mayor alteración (11,1%). Sin embargo, esto difiere a lo reportado en otros estudios, donde los externalizantes son los que presentan mayo-

res alteraciones¹³. Es así como, O'Connor y colaboradores encontraron que la presencia de psicopatología en las madres está relacionada con la aparición de síntomas internalizantes y externalizantes en niños, niñas y adolescentes, especialmente cuando dichos síntomas son crónicos y severos³⁷.

Así mismo, al indagar por síntomas depresivos previos en cuidadores o cuidadoras, no se encuentran relaciones estadísticamente significativas, sin embargo, al comparar los síntomas en niños, niñas y adolescentes, con los síntomas depresivos agudos según PHQ-9, se encontró una relación positiva con el CBCL 4/18, especialmente en el grado de dificultad para la vida diaria que estos síntomas generan. Esto es concordante con lo que Nilsen y colaboradores determinaron, los cuales observaron que un mayor manejo de los síntomas del cuidador o de la cuidadora se relacionó con menor depresión de los niños, niñas y adolescentes a lo largo de su crecimiento¹³.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra el hecho que no se indagó sobre los síntomas afectivos en otros cuidadores o cuidadoras que no fuera el o la entrevistado(a). Así también, se puede mencionar que no se recopiló información suficiente como para analizar la relación de estos resultados con los determinantes sociales en salud mental.

Finalmente, se puede señalar que se requieren estudios adicionales de carácter prospectivo, longitudinal, como para evaluar a fondo los aspectos relacionados con los determinantes sociales de la salud mental. Esto permitiría avanzar en el conocimiento sobre las posibles intervenciones que se requieren como para tratar de mejor manera los síntomas depresivos de los cuidadores principales, incluyendo un enfoque interseccional de los determinantes sociales, que permitan generar un cambio positivo en las condiciones de vida y la salud mental de las familias de niños, niñas y adolescentes.

Conclusiones

Los problemas afectivos y comportamentales cada vez se hacen más prevalentes. Estos generan un gran impacto individual y social y, a su vez, son causados por múltiples factores sociales, entre estos, aquellos

correspondientes con el entorno familiar. Este estudio evidenció que la presencia de síntomas depresivos en cuidadoras y cuidadores se relacionan con aumento de problemas afectivos, como síntomas ansiosos, depresivos o somáticos, al igual que comportamentales, como agresividad, inatención y conductas contrarias a la convivencia, en niños, niñas y adolescentes.

Debe prestarse más atención a la presencia de factores familiares y del contexto social que puedan interferir en la salud mental en la niñez o la adolescencia, entre estos, alteraciones en la salud mental en cuidadores y cuidadoras, problemas en las relaciones familiares, situaciones de maltrato o acoso y, en su caso, establecer las medidas oportunas para su resolución o la disminución de su impacto^{38,39}.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a Carolina Castrillón y César Arias, de la Secretaría de Educación de Manizales, por realizar el seguimiento a las personas identificadas con riesgos.

Referencias

1. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013;43(3):471-81.
2. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(8):959-85.
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015, Bogotá 2016.
4. Goodman SH, Tully E, Depression in women who are mothers, In: Keyes CLM, Goodman SH, editors, *Women and Depression*, Cambridge: Cambridge University Press. 2012;241-80.
5. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, et al. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011;14(1):1-27.

6. de Castro F, Place JMS, Billings DL, et al. Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(3):463-71.
7. Jensen SKG, Dumontheil I, Barker ED. Developmental inter-relations between early maternal depression, contextual risks, and interpersonal stress, and their effect on later child cognitive functioning. *Depress Anxiety* 2014;31(7):599-607.
8. Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42(5):623-36.
9. Turney K. Pathways of disadvantage: Explaining the relationship between maternal depression and children's problem behaviors. *Soc Sci Res*. 2012;41(6):1546-64.
10. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018;392(10157):1553-98.
11. Suveg C, Shaffer A, Morelen D, et al. Links between maternal and child psychopathology symptoms: mediation through child emotion regulation and moderation through maternal behavior. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2011;42(5):507-20.
12. Connell AM, Goodman SH. The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychol Bull* 2002;128(5):746-73.
13. Nilsen W, Gustavson K, Røysamb E, et al. Pathways from maternal distress and child problem behavior to adolescent depressive symptoms: a prospective examination from early childhood to adolescence. *J Dev Behav Pediatr*. 2013;34(5):303-13.
14. Charrois J, Côté SM, Japel C, et al. Child-care quality moderates the association between maternal depression and children's behavioural outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58(11):1210-8.
15. Cassidy J, Brett BE, Gross JT, et al. Circle of Security-Parenting: A randomized controlled trial in Head Start. *Dev Psychopathol*. 2017;29(2):651-73.
16. Loevaas MES, Sund AM, Patras J, et al. Emotion regulation and its relation to symptoms of anxiety and depression in children aged 8-12 years: does parental gender play a differentiating role? *BMC Psychol*. 2018;6(1):42.
17. Reuben JD, Shaw DS, Brennan LM, et al. A family-based intervention for improving children's emotional problems through effects on maternal depressive symptoms. *J Consult Clin Psychol*.
18. Shinn M, Samuels J, Fischer SN, et al. Longitudinal impact of a Family Critical Time Intervention on children in high-risk families experiencing homelessness: A randomized trial. *Am J Community Psychol*. 2015;56(3-4):205-16.
19. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, et al. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):345-59.
20. Richardson LP, McCauley E, McCarty CA, et al. Predictors of persistence after a positive depression screen among adolescents. *Pediatrics* 2012;130(6):X33-X33.
21. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile, Burlington. VT: University of Vermont. Department of Psychiatry 1991.
22. Ortiz-Morán M, Livia-Segovia J. Análisis psicométrico de la lista de chequeo de problemas de conducta para niños de 6 a 11 años. *Avances en Medición* 2008;6:55-66.
23. Díaz A. Diseño estadístico de experimentos. Editorial Universidad de Antioquia (2a,ed) 2009.
24. Flores RL, Tena Guerrero O. Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. *Íconos-Rev Cienc Soc*. 2014;18(50):27.
25. Gaviria SL, Rondon MB. Some considerations on women's mental health in Latin America and the Caribbean. *Int Rev Psychiatry* 2010;22(4):363-9.
26. Flynn E, Chung E, Ozer E, et al. Maternal depressive symptoms and child behavior among Mexican women and their children. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(12):1566.
27. Mardomingo MJ, Sánchez-Mascaraque, Parra E, et al. Trastornos psiquiátricos de los padres y psicopatología en los hijos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2005;4.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Bogotá, 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
29. Organización Panamericana de la Salud. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud 2019. Disponible en: iris.paho.org/handle/10665.2/51615,
30. Hill C, Bilge B. Intersectorialidad, Madrid: Ediciones Morata SL 2016.
31. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, et al. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1097-106.
32. Feder A, Alonso A, Tang M, et al. Children of low-income depressed mothers: psychiatric disorders and social adjustment. *Depress Anxiety* 2009;26(6):513-20. doi: 10.1002/da.20522, PMID: 19016460; PMCID: PMC2904062.
33. Xue Y, Leventhal T, Brooks-Gunn J, et al. Neighborhood residence and mental health problems of 5- to 11-year-olds. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:554-63.
34. Agudelo-Hernández AF, De la Portilla Maya S, Delgado-Reyes AC, et al. Correlación entre trastornos afectivos en padres y el funcionamiento cognitivo de niños y adolescentes en Caldas-Colombia. TS [Internet] 2020 [citado 6ene,2022];16(1):1-9. Disponible en: <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.37511%2Ftesis.v16n1a7>,
35. Villaseñor C, Calderón Hernández J, Gaytán E, et al. Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional en niños mexicanos. *Rev Panam Salud Publica* 2017;41:1.
36. Kouros CD, Garber J. Dynamic associations between maternal depressive symptoms and adolescents' depressive and externalizing symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38(8):1069-81.
37. O'Connor EE, Langer DA, Tompson MC. Maternal depression and youth internalizing and externalizing symptomatology: Severity and chronicity of past maternal depression and current maternal depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45(3):557-68.
38. Phelan K, Khoury J, Atherton H, et al. Maternal depression, child behavior, and injury. *Inj Prev*. 2007;13(6):403-8.
39. Lawton A, Moghraby OS. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care (NICE guideline CG28). *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2016;101(4):206-9.