



DEPRESIÓN EN PADRES Y CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO
DEL ESPECTRO AUTISTA: REVISIÓN SISTEMATIZADA

MARÍA ANGÉLICA CONTRERAS LOBO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

BOGOTÁ D.C.

2019-1



DEPRESIÓN EN PADRES Y CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO
DEL ESPECTRO AUTISTA: REVISIÓN SISTEMATIZADA

MARÍA ANGÉLICA CONTRERAS LOBO

Tesis o trabajo de investigación presentada(o)
como requisito parcial para optar al título de: Médico

ASESOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO:

LEONARDO BELLO, MÉDICO NEUROLOGO, UNIVERSIDAD FUCS.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MEDICINA HUMANA

TRABAJO DE INVESTIGACION

BOGOTA D.C.

2019-1

NOTA Y FIRMAS DEL JURADO

Si las demás personas pudieran experimentar
durante tan solo unos minutos
lo que es el autismo, podrían saber cómo ayudar

Therese Joliffe,

Los padres, las familias y/o cuidadores de personas con
TEA necesitan ser escuchados,
visibilizados, necesitan atención, apoyo especializado
que les permita llevar una vida saludable e integral.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta investigación en primer lugar a Dios quien es el centro de mi vida, por ser mi guía en el camino. A mi hermano David Santiago Contreras Lobo por ser mi motivación, mi motor diario y mi inspiración. A mis padres por apoyarme en todos los momentos incondicionalmente.

AGRADECIMIENTOS

A mis amigos y familiares por hacer mi experiencia en la Universidad una de las mejores etapas de mi vida.

A mis profesores y todos aquellos que lograron despertar y desarrollar mi interés por la medicina haciéndome un mejor ser humano. A la Universidad, por ser el sitio de crecimiento intelectual donde todos podemos continuar nuestros proyectos de vida

RESUMEN

Para poner en contexto, en el mundo se considera que el 1% de la población padece alguna forma del trastorno del espectro autista, esto no puede dar una idea de la cantidad de familias que deben convivir con personas con TEA, generalmente son los padres o hermanos quienes frecuentemente interrumpen aspectos de su vida diaria o sus proyectos de vida, tales como relaciones sociales y/o trabajo entre otros, esto, para satisfacer las necesidades del individuo con trastorno del espectro autista.

La responsabilidad, el desconocimiento al enfrentar este síndrome, el saber que qué esta condición en su ser querido será permanente, desencadena un sin número factores, que terminan por afectar la vida y generan una cadena de estrés que resulta en un estado de vulnerabilidad para los padres hacia el desarrollo de depresión. La depresión constituye un trastorno de salud mental que tiene un impacto en la vida de una persona y de su familia en particular cuando se presenta en los padres de un individuo con autismo, el identificar síntomas depresivos en los padres, puede mejorar su salud y puede ayudar con el pronóstico de sus hijos. En la actualidad la mayoría de intervenciones existentes se enfocan solamente en el individuo con Trastorno del espectro autista, por lo que se debería concientizar a la comunidad de la salud sobre la depresión en esta población y se debe identificar como un problema que está interfiriendo con el buen desarrollo de los individuos con trastorno del espectro autista y sobre la calidad de vida de los padres.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista, Padres, Depresión

ABSTRACT

To put into context, in the world it is considered that 1% of the population suffers from some form of autistic spectrum disorder, this can't give an idea of the number of families that must live with people with TEA, usually parents or siblings who frequently interrupt aspects of their daily life or their life projects, such as social relationships and / or work among others, this, to meet the needs of the individual with autism spectrum disorder.

The responsibility, the ignorance in facing this syndrome, the knowledge that what this condition in your loved one will be permanent, unleashes a number of factors, which end up affecting life and generate a chain of stress that results in a state of vulnerability for the parents towards the development of depression. Depression is a mental health disorder that has an impact on the life of a person and their family in particular when it occurs in the parents of an individual with autism, identifying depressive symptoms in parents, can improve their health and can help with the prognosis of their children. Currently most of the existing interventions focus only on the individual with Autism Spectrum Disorder, so the health community should be made aware of depression in this population and should be identified as a problem that is interfering with the good development of individuals with autism spectrum disorder and the quality of life of parents.

Keywords: Autism spectrum disorder, Parents, Depression.r

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
2. JUSTIFICACIÓN
3. PREGUNTA PROBLEMA
4. OBJETIVOS
 - 4.1 OBJETIVO GENERAL
 - 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS
5. MARCO TEÓRICO
 - 5.1 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
6. ETIOLOGIA.
 - 6.1 Trastorno del espectro autista (tea)
 - 6.2 Antecedentes
 - 6.3 Epidemiología e incidencia
 - 6.4 Factores de riesgo
 - 6.5 Diagnóstico
 - 6.6 Tratamiento
 - 6.7. Trastornos depresivos
 - 6.8 Etiología depresión
 - 6.9 Antecedentes
 - 6.10 Diagnostico
 - 6.11 Prevalencia
 - 6.12 Factores de riesgo

6.13 Riesgo de suicidio

6.14 Tratamiento

6.15 Depresión en padres de individuos con trastorno del espectro autista.

7. MARCO LEGAL

8. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

8.1 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

8.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

8.2.1 Criterios de Inclusión

8.2.2 Criterios de Exclusión

8.2.3 Evaluación Y Selección de datos

8.2.4 Visualización de resultados

8.2.5 Clasificación de la evidencia

9. RESULTADOS

9.1 Visualización de resultados

10. CARACTERIZACIÓN DE RESULTADOS

10.1 Distribución de artículos según Instrumento para medir Depresión

10.2. Distribución de artículos según año de publicación.

10.3. Distribución de Publicaciones por País.

10.4. Distribución de artículos según nivel de evidencia

11. DISCUSION DE LOS HALLAZGOS

12. CONCLUSIONES

13. LIMITACIONES

14. REFERENCIAS

15. ANEXOS

LISTA DE TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1 signos de alarma

Tabla 2 criterios diagnósticos TEA

Tabla 3 criterios diagnósticos TDM

Tabla 4 criterios criterios diagnósticos Depresión persistente- Distimia

Tabla 5 Descriptores

Tabla 6 Presentación de resultados

Grafica 1. Distribución de Artículos según instrumento para medir depresión.

Grafica 2. Distribución de estudios realizados por año

Grafica 3. Distribución publicaciones por país

SIGLAS O ABREVIATURAS

- TEA : Trastorno del espectro autista
- DT: Desarrollo típico
- OMS : Organización mundial de la salud
- DSM-V 5 : Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5º edición
- ADI-R : Entrevista para el diagnóstico de Autismo
- ADOS : Escala de observación para el diagnóstico de autismo.
- M-CHAT: Instrumento de detección temprana del trastorno del espectro autista.
- ABA : Applied Behavior Analysis

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno del espectro autista (TEA) es un desorden del neurodesarrollo que afecta las habilidades de comunicación y socialización, se caracteriza por tener intereses restringidos y conductas repetitivas, el grado de autismo puede variar de una persona a otra. (Oono IP, Honey EJ & Oono, 2013)

Esta condición genera impactos desde el momento del diagnóstico para el núcleo familiar, en especial para sus padres o cuidadores primarios. Siendo una condición que acompaña al individuo de por vida dependiendo de la severidad del trastorno, demandara distintos requerimientos de atención y cuidados, por esta razón se deberán realizar cambios en la dinámica familiar. La percepción de vida de cada integrante se verá afectada, en cuanto a metas personales, familiares, desarrollo profesional y laboral. Por tanto muchos de estos aspectos se deberán tener en cuenta respecto al individuo con TEA, debido a que hoy en día no se cuenta con tratamiento definitivo para esta condición, en muchos casos se expone a la familia a una falsa expectativa de tratamientos modificadores. (Gael I. Orsmond¹, 2004)

El desarrollo socio afectivo y la relación emocional constituyen un aspecto importante en el proceso de socialización. El mundo social implica el control de las expresiones afectivas, este genera desarrollo de la empatía, el respeto por el otro y su imagen personal (padres). Inicialmente las familias pueden generar emociones como miedo, irritabilidad, síntomas de ansiedad, estrés, tristeza, eso asociado a la falta de oportunidades en la atención, los altos costos de los tratamientos, la falta de dinero y el desconocimiento respecto al mundo del TEA. En la mayoría de casos uno de los padres debe suspender su trabajo para ser el cuidador de tiempo completo del niño con el trastorno. (Greenson et al., 2012)

Las características propias del TEA generan dificultades en la adaptación de la familia hacia el individuo con el espectro, un simple ejemplo de estas dificultades es la capacidad de poder generar una relación donde los dos se comuniquen o se entiendan. Todas estas condiciones son precursores de dificultades para el núcleo familiar, para el cuidador y para el niño. (Xue, Ooh, & Magiati, 2014)

Por otro lado estos pacientes pueden atravesar trastornos del comportamiento(Oono IP, Honey EJ & Oono, 2013) lo que impacta de manera negativa en las familias, ocasionando situaciones donde se puede encontrar maltrato verbal o físico. Son muchas las necesidades en los pacientes con TEA por esto es comun encontrar falta de apoyo familiar (rechazo, desintegración, falta de disposición), carencia de empatía por parte de la sociedad, e intervenciones preventivas por parte del estado para estas familias.

Los padres y cuidadores primarios de personas con Trastorno del espectro autista se enfrentan diariamente con problemas que cualquier otro padre que tiene hijos neurotipicos no poseen. Se ha demostrado que los padres cuidadores de niños y adultos con TEA tienen mas probabilidad de experimentar problemas de salud mental como lo son los trastornos depresivos.(ref)

La depresión como resultado multifactorial en estos padres o cuidadores a menudo se pasa por alto, debido a que la persona con trastorno depresivo disminuye la capacidad de cuidarse a si misma por tener una demanda que sobrepasa su esfuerzo al cuidar del niño generando dos problemas: el descuido propio y el del individuo con TEA. (Gael I. Orsmond1, 2004)

2.JUSTIFICACIÓN

El poder de crear vida y el nacimiento de un hijo es universalmente aprobado como un evento que cambia la vida de las personas, que deciden conformar una familia. La familia es el primer núcleo donde un ser evoluciona, socializa y crea vínculos primarios y relaciones afectivas, estableciendo modelos de comportamiento. La mayoría de familias generan expectativas sobre cómo será su hijo, cuando se observan alteraciones en el desarrollo normal del niño puede generar situaciones de estrés y ansiedad.(Preece & Almond, 2008)

El sujeto se desenvuelve a nivel socioemocional dentro de un contexto social el cual se relaciona directamente con los padres. Estos son los primeros en observar el desarrollo de sus hijos en la mayoría de casos, evalúan todos los aspectos del crecimiento y evolución en los niños. Al encontrar que existe algún tipo de diferencia o anomalía que no corresponden con el desarrollo normal de su hijo, se inicia con una serie de evaluaciones médicas para tener un diagnóstico acertado.

Respecto al mundo social entorno a la relación con los padres, las relaciones afectivas se regulan y se manifiestan entorno al concepto personal que juega la importancia de los patrones sociales entregados por los padres

Para las personas en general recibir malas noticias sobre su salud es desalentador y genera múltiples reacciones, pero cuando son acerca de la salud de sus hijos es un drama de magnitud mayor, más aún si se trata de salud mental permanente como es el caso. La reacción inmediata es un estado de shock en los padres, un hecho inesperado ante las expectativas ya generadas anteriormente, este impacto con el diagnóstico puede generar confusión, aceptación o rechazo, culpabilidad entre otros. Las capacidades de afrontamiento varían de una persona a otra con algunos determinantes como nivel de educación, estatus socioeconómico, cultura entre otros. En los peores casos la depresión puede ser un desenlace grave y crónico.(Bitsika, Sharpley, Andronicos, & Agnew, 2017)

La depresión es una enfermedad que afecta negativamente las percepciones de como la persona se siente consigo misma, su manera de actuar, sentimientos de

tristeza constantes, pérdida de interés por actividades que antes disfrutaba. En los padres de niños con TEA suele pasar desapercibida, en muchos casos, debido a la falta de intervenciones enfocados hacia la familia.(Fávero-Nunes & Santos, 2010) El cuidar a un niño o adulto con esta condición resulta agotador y desgastante, en muchos casos se pierde la esencia propia del cuidador por generar bienestar en el individuo con TEA, creando sentimientos de decepción y auto culpa. Se debe tener en cuenta que al ser un trastorno que no es limitado en el tiempo la calidad de vida del cuidador se va a ver afectada directamente.

La depresión es más común en los padres de niños con TEA y actualmente sabemos que esta condición se está presentando en 1 por cada 160 niños y actualmente más de 3.5 millones de familias tienen individuos que padecen este trastorno. La depresión se ha identificado actualmente como una causa que genera discapacidad mental, siendo esta una dificultad para la crianza del niño con TEA sumado a los factores tales como: alteraciones en el sueño, comportamientos disruptivos, dolor relacionado con el diagnostico.(Posar & Visconti, 2017)

Esta enfermedad a largo plazo tiene consecuencias negativas para la salud, por lo que en estos padres y cuidadores debe ser identificada y tratada de manera oportuna, con el fin de no generar barreras entre estos y sus hijos con el fin de brindar mejor atención y ayuda posible. Esta revisión ira dirigida a identificar en la literatura la importancia que se da a los padres y cuidadores de individuos con trastorno del espectro autista que pueden presentar depresión. Para responder a la pregunta problema

3.PREGUNTA ROBLEMA.

¿El trastorno del espectro autista es un determinante para los padres al desarrollar un trastorno depresivo?

4. OBJETIVOS

Identificar en la literatura, las variables de relación que poseen los padres y cuidadores de individuos diagnosticados con trastorno del espectro autista, en el desarrollo de trastornos depresivos.

4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el trastorno de espectro autismo (TEA), con su historia y conocimiento, estableciendo los datos relevantes incidencia en la población, diagnóstico del el TEA en niños en Colombia tratamiento.
2. Establecer la relación que existe entre el diagnostico de niños con Autismo y el diagnostico de Depresión en sus padres.
3. Identificar si existe conocimiento por parte del área medica y estatal acerca de la prevención de trastornos depresivos en padres de individuos con trastorno del espectro autismo .

5. MARCO TEÓRICO

5.1 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

El Trastorno del espectro autista es un grupo de desórdenes del neurodesarrollo que estarán presentes durante toda la vida de una persona, dentro de las características más relevantes podemos señalar los intereses restringidos del individuo, las conductas repetitivas, alteraciones en la interacción y la comunicación social (desarrollar, mantener y entender relaciones), estas personas pueden o no cursar con trastornos del lenguaje, a menudo tienen discapacidad intelectual. (DSM-V 2013)

Según la Organización mundial de la Salud Los Trastornos del espectro autista abarcan: autismo, Trastorno desintegrador Infantil y el Síndrome Asperger, su desarrollo se presenta antes de los 5 años de edad. Generalmente pueden acompañarse de comorbilidades asociadas tales como epilepsia, trastorno por déficit de atención, trastorno de hiperactividad. En el espectro cada caso es diferente por lo que se encuentra una amplia variedad desde deterioro cognitivo profundo hasta individuos totalmente funcionales. (Organización Mundial de la Salud 2018)

Se considera que entre los trastornos del espectro autista no existe diferencia genética, neurobiológica o cognitiva que permita distinguirlos como trastornos excluyentes una de otro. Su diferencia se basa en el nivel intelectual, el grado de funcionalidad, la afectación del lenguaje, según estas características se definirá el requerimiento de soporte y apoyo necesario. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN, 2015)

6. ETIOLOGIA.

6.1 Trastorno del Espectro Autista (TEA)

El TEA no se origina por una sola causa. Se trata de un trastorno en el que existen diversos factores favorecedores de este trastorno, estos son aún desconocidos. (American Psychiatric Association 2013) La historia natural no es del todo comprendida, existen varias teorías entre las cuales la que tiene más fuerza y aceptación por parte de la comunidad médica es la genética, a partir de trastornos originados durante el embarazo generalmente antes del sexto mes. (Aylott, 2001)

También existen factores ambientales, que actúan como factores de riesgo, propiciando la aparición del trastorno. La edad avanzada de los progenitores, la ingesta de tóxicos y de determinados fármacos durante el embarazo, así como el bajo peso al nacer, son factores que se han podido relacionar con la aparición del espectro. (Posar & Visconti, 2017)

Quedan por lo tanto, totalmente descartadas, las antiguas teorías que sostenían que el autismo era favorecido por una relación fría y poco empática de los padres en relación al bebé (teoría de la mamá nevera). Teoría que ha provocado un sentimiento de culpa en algunos padres y madres de niños con TEA. (Artigas-Pallares & Paula, 2012)

Se presenta etiología heterogénea, la cual no es la misma en todas las familias, los factores influyentes más importantes, son los ambientales entre los cuales se encuentra la exposición a vacunas en específico la triple viral la cual cubre: sarampión, rubeola, paperas, exposición a contaminantes del aire durante el embarazo y entre estos contaminantes como lo son metales pesados, y partículas de materia, sustancias que alteren el sistema endocrino, factores genéticos en los cuales se postula la afectación de varios genes, exposición a infecciones del sistema nervioso central durante las fases pre-natales y perinatales, cambios en la dieta todas estas teorías se han estudiado sin embargo la etiopatogénesis del TEA sigue siendo desconocida. (Posar & Visconti, 2017)

6.2 ANTECEDENTES

Anteriormente el autismo era poco conocido y tiene una historia compleja, se trataba de un cuadro psiquiátrico grave. El primer escrito que se conoció en el siglo XVI realizado por Johannes Mathesius monje alemán quien describió la historia de un joven de 12 años con un cuadro de autismo severo, el monje lo describía como "una masa de carne implantada en un espíritu sin alma, poseído por el diablo por lo cual debería morir asfixiado" lo que nos da a entender la creencia religiosa con respeto a la enfermedad.(Artigas-Pallares & Paula, 2012)

Fray Junipero Serra fue un personaje descrito en un libro anónimo llamado "Las florecillas de San Francisco" el que se escribió en el siglo XVII donde por medio de relatos y anécdotas se encuentran descripciones de algunos síntomas del TEA como el no entender el lenguaje social o pragmático, falta de percepción ante las intenciones de los demás, falta de adaptación en eventos sociales, dificultades para entender el lenguaje no verbal.(Artigas-Pallares & Paula, 2012)

El termino Autismo se utilizó en literatura médica por primera vez hasta el año 1911 y fue Paul Eugen Bleuler fue un psiquiatra suizo que utilizo el termino de Autismo como una característica de los cuadros de esquizofrenia lo describía "Los esquizofrénicos se han apartado tanto como les ha sido posible de cualquier contacto con el mundo. Este alejamiento de la realidad con el consiguiente predominio de su mundo interno, es a lo que llamamos autismo". También realizo la definición de autismo por medio de palabra AUTOS significa uno mismo e ISMOS se refiere al modo de estar, por ende el concepto autismo era entendido como estar encerrado en uno mismo y aislado de la sociedad.(Balbuena, 2007)

Carl Gustav Jung describió sobre la personalidad y sobre esta el concepto de personalidad introvertido formando la relación del autismo con personas introvertidas, las cuales disfrutaban la soledad y podían crear un mundo interno, el termino autismo fue la forma de introversión más severa que se podía encontrar esto fue en 1923.(Artigas-Pallares & Paula, 2012)

En 1943 el medico austriaco Leo Kanner se encontraba estudiando un grupo de once niños los cuales presentaban alteraciones graves del desarrollo y utilizo el

termino de autismo precoz infantil, las alteraciones de estos niños se encontraban a nivel de la interacción, comunicación y alteraciones del lenguaje, alteraciones del comportamiento.(Lara, 2012)

Sin embargo Kanner realizo amplios estudios con mas de 100 niños, lo cual le permitió conocer las dimensiones del autismo dándole el poder de indicar síntomas como aislamiento profundo, fijación por objetos, alteración a nivel de la comunicación verbal.(Artigas-Pallares & Paula, 2012)

Kanner creo la idea de que las madres eran responsables de TEA en los hijos, postuló la idea de la "madre refrigerador" las cuales eran madres demasiado frías, sin emociones aparentes, esta idea fue apoyada por varias personas entre esas Bettelheim en 1967 quien describió que el desarrollo en los niños se veía afectado desde edades tempranas por el rechazo e insensibilidad de los padres hacia sus hijos. Esta idea actualmente es rechazada y criticada debido a que se ha aceptado que las madres no son la causa del trastorno del espectro autista. (Artigas-Pallares & Paula, 2012)

En 1944 Hans Asperger Neuropediatra estudio cuatro niños en los cuales determino inicialmente el termino de "Psicopatía Autista" en 1994 se denominó Síndrome de Asperge. Asperger y Kanner llegaron a la conclusión de las características en estos niños las cuales eran la afectación de sus relaciones sociales y de que era un síndrome que aparecía en la infancia y su duración era para toda la vida.(Balbuena, 2007; Lara, 2012)

Lorna Wing en 1981 inicio estudios a partir de su hija con TEA, presento el termino de trastorno del espectro autista por medio de sus estudios, amplio el concepto de autismo, el DSM-V genera un impacto debido a que genera un concepto de espectro y discapacidad, generando una compensación y actualización en el déficit de información que existía con respecto al los origen del trastorno del espectro autista el cual provenía de la esquizofrenia y la psicosis infantil, en el DSM-V se desvincula de estas patologías dando un nuevo enfoque además de una mejor comprensión

del trastorno incluyéndolo en los Trastornos del neurodesarrollo.(Artigas-Pallares & Paula, 2012)

6.3 EPIDEMIOLOGÍA E INCIDENCIA

El TEA se manifiesta generalmente antes de los 3 años de edad, afectan en su mayoría a los hombres diagnosticándose con frecuencia cuatro veces más en hombres que en mujeres relación 4:1, ocurre en 1 de cada 160 nacimientos, se puede presentar en cualquier individuo sin importar su condición social, económica, cultural entre otras, en la población hispanohablante se presenta alrededor del 0.6%.(American Psychiatric Association 2013, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 2007)

Según la OMS el TEA ha ido aumentando en los últimos cincuenta años debido a la ampliación de criterios diagnósticos y la mayor concienciación de la sociedad sobre el TEA. (Organización Mundial de la Salud 2018) Este incremento del número de personas afectadas, puede explicarse por la mejora en el diagnóstico que ha permitido que afloren nuevos casos no diagnosticados anteriormente, pero también por un posible aumento del número de afectados y cambios en los criterios diagnósticos del DSM-V.

6.4 FACTORES DE RIESGO

Existen algunos Factores de Riesgo sin embargo el trastorno se puede presentar en ausencia de estos y son los siguientes: edad avanzada de los padres, asociación a alguna mutación genética conocida 15%, bajo peso al nacer, heredabilidad variable que puede ir desde 37% a ser mayor del 90%.(Mohammadi & Zarafshan, 2014). También encontramos antecedente familiar de discapacidad cognitiva, depresión en el embarazo, factores ambientales. .(DSM-V 2013)

6.5 DIAGNÓSTICO

Según la Guía del Ministerio de Salud para el manejo del Trastorno del espectro autista, se encuentran signos de alarma para sospechar alteraciones en el desarrollo, en la siguiente tabla nos muestran los signos que fácilmente se pueden

identificar para generar una sospecha de TEA, en la Tabla1. Se muestran signos de alarma.(MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN, 2015)

Edad	Signo de Alarma
6 Meses- 12 meses	<ul style="list-style-type: none">• No muestra interés por agarrar objetos a su alcance.• No demuestra interés ni afecto por sus cuidadores.• No reacciona al llamado, ni a sonidos en su entorno.• No emite sonidos Vocales.• No rota en ninguna dirección para darse la vuelta.• No se ríe ni emite sonidos de placer.• Se ve rígido, musculatura tensa.• No gatea.• No puede permanecer de pie con ayuda.• No busca objetos que se le escondan.• No dice palabras sencillas como mama o papa.• No aprende a usar gestos con la mano o cabeza para afirmar o rechazar algo.

	<ul style="list-style-type: none"> • No señala objetos. Ni muestra interés por Juguetes para su edad. • Pierde habilidades aprendidas.
18 Meses	<ul style="list-style-type: none"> • No puede caminar. • No identifica objetos ni su uso. • No existen conductas de imitación de sus semejantes o de las demás personas. • No sabe más de 6 palabras. • No genera apego hacia sus cuidadores por ejemplo no parece importarle si en algún momento su cuidador se va o regresa. • Pierde habilidades aprendidas.
2 años	<ul style="list-style-type: none"> • No usa frases compuestas. • No imita acciones ni palabras. • No identifica el uso de los objetos cotidianos. • Pierde el equilibrio al caminar. • No sigue instrucciones. • Pierde habilidades aprendidas.
3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Se cae mucho, tiene problemas de motricidad. • Babea o no se le entiende cuando habla. • No usa oraciones.

	<ul style="list-style-type: none">• No sabe usar juguetes para su edad.• No usa la imaginación en sus juegos.• No sigue instrucciones.• No le llama la atención jugar con otros niños, ni utiliza juguetes.• No presenta contacto visual.
4 años	<ul style="list-style-type: none">• No salta en un solo pie.• No Muestra interés por interactuar, ni usar la imaginación en los juegos.• Ignora a otros niños, personas ajenas a la familia, incluso a su familia.• Se rehúsa a realizar actividades tales como vestirse, usar el baño, dormir.• Puede rechazar alimentos.• No sigue instrucciones.• No entiende el significado de palabras, ni sabe usar o diferenciar el “yo” y “tú” .• No habla claro o no se comunica.• Puede comunicarse señalando los objetos que necesita, por ejemplo si desea agua señalara un vaso o un tetero.• Pierde habilidades adquiridas.

5 a 11 años

- Anormalidades del lenguaje incluso mutismo.
- Prosodia atípica o inadecuada.
- Ecolalias persistentes.
- Hablar en tercera persona, al referirse a si mismo.
- Vocabulario inusual o elevado con respecto a sus semejantes.
- Vocabulario limitado para comunicarse y / o tendencia a hablar espontáneamente sobre un tema en específico de su interés.
- Incapacidad para integrarse en un juego con los niños.
- No sigue instrucciones, no respeta normas.
- Se puede abrumar fácilmente por diferentes estímulos tales como el ruido, los colores, las luces.
- Muestra reacciones extremas cuando se invade su espacio personal, si cambian su rutina, si lo apresuran para realizar alguna actividad.

Incapacidad de enfrentar cambios ante situaciones que se salen de su zona de confort, tales como viajes, separación de sus cuidadores u objetos.

<p>Mayores de 12 años</p>	<ul style="list-style-type: none">• Alteraciones a nivel de comportamientos sociales, comunicación, afrontación ante el cambio.• Discrepancia significativa entre la capacidad académica e inteligencia social.• Menor independencia con respecto a sus compañeros.• No entiende metáforas, sarcasmos por lo cual pueden ser socialmente ingenuos, o tener falta de sentido común, es decir puede tomar las cosas literalmente.• Puede ser introvertido y extremadamente callado.• Puede hablar abiertamente y extensamente sobre temas de su interés.• Problemas para interactuar y generar una comunicación fluida a pesar de manejar un vocabulario extenso.• Estereotipias, ecolalias, alteraciones de la entonación.• Dificultad para realizar amistades o mantenerlas.
---------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Desinterés por actividades, normas que realizan sus compañeros. • Reacciones inusuales o desproporcionales ante estímulos sensoriales. <p>Genera estimulación al realizar actividades específicas, tales como alinear carros, jugar con una botella con agua.</p>
--	--

TABLA 1. Adaptado de las Guías del ministerio.

Según el DSM-V el TEA se diagnostica cuando existen déficits en la comunicación social, más comportamientos repetitivos e insistencia en la monotonía, sin embargo hay que tener en cuenta que los síntomas siempre van a cambiar de un paciente a otro, pueden incluir trastornos de alimentación y del sueño, comportamientos auto-agresivos o agresivos, temor o fobias inespecíficas. (DSM-V 2013)

Criterios Diagnósticos:
<p>a) Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la Interacción social, en diversos contextos: Deficiencia en la reciprocidad socioemocional pueden tener disminución en intereses, emociones o ideas compartidas, fracaso a la hora de responder una interacción social; pueden tener déficit en la comunicación verbal y no verbal desde una comunicación fluida a un contacto visual y comprensión verbal nula; dificultad para compartir juegos imaginarios o hacer amigos hasta ausencia de interés por las demás personas.</p>

b) Patrones restrictivos y repetitivos en el comportamiento: estereotipias, ecolalias, alineación de juguetes, inflexibilidad en el momento de hacer cambios en la rutina (suelen mostrar gran preocupación frente a pequeños cambios y esta incrementa proporcionalmente cuando los cambios son mayores), intereses fijos que pueden variar de objetos, personas, lugares; híper o hiporeactividad a estímulos sensoriales (indiferencia al dolor, temperatura, fascinación visual o auditiva por luces o movimientos de objetos).
c) Presentes en las primeras fases del periodo del desarrollo sin embargo se pueden enmascarar por estrategias aprendidas dependiendo un se a otro.
d) Presentes en las primeras fases del periodo del desarrollo sin embargo se pueden enmascarar por estrategias aprendidas dependiendo un se a otro.
e) Los síntomas causaran un déficit a nivel social, laboral y a nivel funcional
f) Trastorno intelectual o retraso global del desarrollo; con frecuencia la discapacidad intelectual y TEA coinciden.

TABLA2.Adaptado de DSM-V

Debido a la especificidad de los criterios, su diagnóstico se debe diferenciar según los siguientes descriptores: con o sin deterioro del lenguaje, con o sin déficit intelectual, asociado a alguna patología de base, asociado a otro trastorno del neurodesarrollo mental o del comportamiento .(DSM-V 2013)

Se recomienda que el pediatra, realice una historia clínica completa evaluando historia prenatal, perinatal, familiar además es clave que evalúe los signos de alarma junto a los criterios de DSM-V en los mayores de tres años, en los menores de tres años se debe realizar el M-CHAT-R/F.(DSM-V 2013) (Alexis & Gaona, 2017)(Anexo1.)

Existen otras escalas de observación para el diagnóstico de Autismo que se puede realizar desde los 12 meses hasta la adultez y esta evalúa varios componentes como el juego, la interacción, la capacidad imaginativa, esta escala da una puntuación para severidad también comparando los síntomas en el comportamiento, se divide en 5 módulos dependiendo la edad cronológica, se realiza exclusivamente por personal certificado y en centros especializados. Otra entrevista es el ADI-R la cual es una entrevista centrada en la conducta del paciente con TEA, evalúa el lenguaje funciones de comunicación, interacciones sociales, conductas e intereses restringidos, comportamientos repetitivos y su utilidad va en función del tratamiento y plan de manejo. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN, 2015)

Al tener la sospecha de TEA se debe remitir a Neuropediatría o Psiquiatra Infantil para la confirmación diagnóstica la cual se basa en los criterios del DSM-V. Además se recomienda que el diagnóstico se evalúe en un grupo interdisciplinario de profesionales como son Neuropediatra o psiquiatra infantil, psicólogo clínico, terapeuta del lenguaje, con esto se establecerá el compromiso del niño y así adecuar la terapia respectiva. El diagnóstico de TEA siempre será clínico, no existen marcadores biológicos para la identificación del mismo.

6.6 TRATAMIENTO

No existe un tratamiento curativo para el trastorno del espectro autista sin embargo el plan de manejo en todos los casos debe ser integral en cuanto a que se deberán evaluar las posibles patologías asociadas como son epilepsia, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad entre otros y según los mismos se considera optar por una terapia farmacológica o no. (Ministerio de salud y protección social instituto de evaluación tecnológica en, 2015)

Según la Guía Colombiana la terapia más conveniente en estos niños es el método de Análisis del Comportamiento Aplicado ABA por sus siglas en inglés Applied Behavior Analysis, la cual busca incrementar conductas útiles para la vida diaria,

además de disminuir las que puedan interferir con los procesos de aprendizaje, es decir enseñan destrezas funcionales para aprender a desarrollar habilidades sociales, utilización del lenguaje y lograr funciones de independencia funcional.(MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN, 2015)

La intervención más recomendada es la conductual así mismo mediante esta fijar metas a corto y largo plazo informando a los familiares, además se debe educar, empoderar, y crear participación activa de los familiares en el acompañamiento del individuo con TEA. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 2007)Según las recomendaciones las metas se deben evaluar cada 6 meses por parte del equipo terapéutico, incorporando o eliminando intervenciones. No se deben realizar métodos coercitivos es decir contenciones, para la atención ambulatoria de los pacientes con TEA, el objetivo Grande para la terapia del individuo con TEA es la inclusión en el entorno logrando participar desde su autonomía en los ámbitos sociales logrando mejorar la calidad de vida, estas terapias deben ser realizadas por personal capacitado en comportamiento ya sean psicólogos, terapeutas ocupacionales y del lenguaje.

Se ha reportado que en el inicio a edades tempranas de esta terapia tiene consecuencias positivas a largo plazo. Estas terapias inicialmente deben ser de al menos 8 horas al día y se deben continuar a largo plazo, deben general interacción con el entorno.(Oono IP, Honey EJ & Oono, 2013).

6.7. TRASTORNOS DEPRESIVOS

Según el DSM-V son un grupo de trastornos del estado del ánimo donde existe una desregulación disruptiva del mismo, dentro de los trastornos encontramos:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente o distimia
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno depresivo debido a otra afección medica

Todos se caracterizan por un estado de ánimo triste, irritable, asociado a cambios somáticos y cognitivos, que afectan la capacidad funcional, se diferencia por etiología y duración en el tiempo.(DSM-V 2013(Botto, Acuña, & Jiménez, 2014))

En esta revisión nos centraremos en el trastorno depresivo mayor, se caracteriza por episodios de al menos dos semanas de duración (pueden durar más), donde se encuentran cambios en la cognición, afecto, síntomas neurovegetativos, y remisiones interepisódicas.

Un aspecto importante para mencionar es la depresión relacionada con un estado de duelo, suele presentarse en personas en estados de vulnerabilidad a algún trastorno depresivo y recuperación se da mediante tratamiento antidepresivo. .(DSM-V 2013)

6.8 ETIOLOGÍA DEPRESIÓN

La depresión mayor representa un problema de salud pública debido a su elevada morbilidad: el 5% de la población mundial presenta algún trastorno depresivo. Esta patología puede evolucionar desfavorablemente, trayendo consecuencias graves como el suicidio. La etiología de la depresión es compleja, en ella intervienen múltiples factores, tanto genéticos, biológicos como psicosociales. Dentro de los biológicos hay evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citoquinas y hormonas, además de modificaciones en los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino. La psiconeuroinmunología ha demostrado alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal mediadas por citoquinas; alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en la depresión mayor, dentro de las cuales: reducción del número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos. Esto demuestra una relación directa entre la serotonina y el sistema inmunológico en este trastorno afectivo. Por lo tanto, el tratamiento de la depresión deberá basarse en la comprensión de su etiología y en la integración de la farmacoterapia y la psicoterapia.

6.9 ANTECEDENTES

La comprobación, por parte de los padres, de que su hijo padece TEA es muy difícil de admitir, debido a las características propias del trastorno. Durante los primeros meses, los padres disfrutaban de la enorme felicidad de tener un niño que todo el mundo considera, en principio, que se desarrolla como los demás. Lentamente, sin embargo, van apareciendo síntomas que provocan una inquietud progresiva y que en muchos casos supone, el inicio de una angustiosa búsqueda de un diagnóstico acertado. Esta primera etapa, en ocasiones puede durar bastante tiempo, por múltiples factores entre ellos la cantidad de exámenes en varios campos para descartar o confirmar TEA, sin lugar a dudas la más difícil de superar ya que supone vivir constantemente entre la esperanza y el desconsuelo. Por este motivo, es fundamental que los padres reciban un diagnóstico temprano lo antes posible, ya que saber la verdad, por terrible que sea, es el principio de la aceptación de la realidad y es lo que abre el camino para tener el coraje de empezar a actuar.

Muchos comportamientos de estos niños desconciertan a los padres, puesto que, más allá de los retrasos evolutivos, lo que caracteriza al autismo son toda una serie de conductas anormales, que se desvían de los patrones estándar del desarrollo. El rechazo al contacto afectivo, la falta de respuesta a los requerimientos verbales o el juego repetitivo, son aspectos que impactan profundamente y algunas de estas conductas pueden producir sentimientos de culpa en los padres con hijos afectados de autismo. El hecho de que la mayoría de los niños con autismo no presenten alteraciones físicas evidentes, tampoco ayuda a tomar conciencia del problema. Cuando un niño, además de retrasos y/o trastornos del desarrollo presenta rasgos morfológicos (físicos) anormales, nadie duda que sufre algo grave y de origen orgánico. Pero si un niño posee un físico totalmente normal las dudas aparecen, porque, aún hoy, existe cierto prejuicio que dificulta la asociación entre trastorno orgánico y físico conservado. Si a la ausencia de alteraciones morfológicas le añadimos que los niños con autismo tienden a manifestar niveles aceptables en algunas áreas evolutivas, como la motricidad, no es de extrañar que los padres

tengan, a veces, grandes dificultades en aceptar que su hijo está afectado de un trastorno grave e irreversible.

6.10 DIAGNOSTICO

Se puede generar a partir de un episodio, se debe generar diferencia entre tristeza normal y tristeza del TDM, el trastorno depresivo persistente se diagnostica cuando las alteraciones se presentan en un periodo de al menos dos años en adultos y un año en niños. Los síntomas deben aparecer casi todos los días, exceptuando los cambios del peso y la ideación suicida. .(DSM-V 2013)

Criterios Diagnósticos de TDM
5º más de los siguientes síntomas en el mismo periodo de tiempo en dos semanas:
<ul style="list-style-type: none">• Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días• Disminución del interés o placer de todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.• Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (mas del 5% en un mes) disminución o aumento del apetito todos los días• Insomnio o hiperinsomnio casi todos los días• Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros/ no solo sensación subjetiva)• Fatiga o perdida de energía diaria• Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días• Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, toma de decisiones casi todos los días o al menos 1 de: estado de ánimo deprimido o perdida de interés o placer.
Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el ámbito social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento

El episodio no se atribuye a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica
El episodio no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otros trastornos especificados dentro de los trastornos psicóticos.
Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco

Tabla 3. Adaptado de DSM-V

El TDM se asocia a una alta mortalidad y esta se debe en la mayoría de casos al suicido, al igual que en el TEA el TDM no se diagnóstica por exámenes de laboratorio. (DSM-V 2013) El gold standard, para el diagnóstico del TDM es la entrevista psiquiátrica, sin embargo, existen varios instrumentos útiles para el tamizaje de este trastorno. Los cuales se pueden encontrar en la lista de Anexos donde están brevemente explicados.

El trastorno depresivo persistente, es un ánimo deprimido la mayor parte del día, durante al menos dos años, se puede asociar a episodios de TDM .(DSM-V 2013)

Criterios de Trastorno Depresivo Persistente/ Distimia
Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, por al menos dos años
Presencia durante la depresión de 2 o mas : <ul style="list-style-type: none"> • Inapetencia/sobrealimentación • Insomnio/hiperinsomnia • Fatiga o falta de energía • Autoestima baja • Falta de concentración O dificultad para la toma de decisiones • Sentimientos de desesperanza
Presencia de los síntomas anteriores durante dos años
Criterios de TDM presentes continuamente por dos años

No existencia de episodios maniaco o hipomaniacos, no cumple criterios de ciclotimia
No se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico
Los síntomas no se atribuyen a una causa médica o el efecto de alguna sustancia.
Los síntomas causan deterioro social, laboral y afectación de otras áreas del comportamiento.

Tabla.4 Adaptado de DSM-V

6.11 PREVALENCIA

En Estados Unidos es aproximadamente del 7 % de la población, difiriendo entre edades donde entre los 18 y 29 años es tres veces más frecuente que en los adultos mayores, en Colombia el ministerio de salud genero un reporte del 2016 la cual mostro que en una muestra representativa para el país se encontró que el 15% de la población ha tenido un trastorno de animo a lo largo de la vida, de esta el 12,1% presento TDM y el 1,8% trastorno depresivo menor/distimia de esta muestra 70% de las personas con diagnóstico de depresión moderada eran mujeres con respecto a los hombres con un porcentaje del 29.6% además los picos más altos se mostraron en la edad de 50 a 54 años.(Organización Mundial de la Salud 2017).

Según el Instituto Nacional de Salud más de 9.214 personas han intentado suicidarse en el país, es decir 65 cada día y dos cada hora, hecho en el cual la depresión tiene un gran peso. La depresión, enfermedad mental que mayor incidencia tiene en el país, los índices de suicidios, los trastornos de ansiedad y los estigmas al respecto de estos casos siempre han requerido de una mayor atención. Una muestra de ello es que al 30 de abril de 2017 Medicina Legal registraba 663 casos de suicidio, una cifra que representa casi el 67% superior al año anterior.

6.12 FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo encontramos el neurocitismo definido como inestabilidad emocional o afectividad negativa, puede ser el comienzo de TDM, ambientales, entre factores estresantes, acontecimientos vitales adversos, genéticos, donde los familiares de primer grado puedes tener un riesgo de dos a cuatro veces mayor.(DSM-V 2013)

Según la encuesta nacional de salud mental del 2015 encontramos como factores de riesgo: sexo femenino, antecedentes personales y familiares de depresión, desempleo, separación conyugal, eventos vitales estresantes, abuso y dependencia de sustancias, consultas a menudo al sistema de salud, enfermedades crónicas que comprometan la funcionalidad, embarazo y menopausia, sedentarismo.(Encuesta Nacional de Salud Mental,2015)

6.13 RIESGO DE SUICIDIO

Durante un episodio de TDM el riesgo de un acto suicida se presenta en todo el tiempo, un factor de riesgo es el antecedente de intento o amenaza de suicidio, el ser varón, vivir solo, estar soltero y tener intensos sentimientos de desesperanza aumenta el riesgo. (DSM-V 2013)

Entre los factores asociados para generar un evento suicida encontramos el ser mayor 45 años, género masculino, eventos vitales adversos, ser viudo o separados, desempleo, vivir solo, intentos previos de suicidio, alteraciones en la salud física y mental.(Encuesta Nacional de Salud Mental,2015).

Según la organización mundial de la salud el homicidio se encuentra dentro de las tres primeras causas mundiales de muerte en adultos y adolescentes haciendo una estimación de 1.5 millones de muertes hasta el año 2020

6.14 TRATAMIENTO

Dentro de los trastornos mentales la depresión es uno de los que mejor respuesta tiene al tratamiento médico, dentro de los fármacos encontramos el grupo de los antidepresivos, los cuales han mostrado mejorado los síntomas en las primeras semanas de uso, la psicoterapia conjunta son las mejores opciones de tratamiento. La terapia electro convulsivo la cual se utiliza en hospitales de alto nivel, bajo anestesia en los pacientes que no tienen mejoría ante ningún tratamiento. (DSM-V 2013, Organización Mundial de la salud 2017).

El ejercicio, las mejorías en hábitos del sueño, de alimentación, en general los cambios positivos en los estilos de vida saludables han generado mejorías a corto y largo plazo de los síntomas.(DSM-V2013).

6.15 DEPRESIÓN EN PADRES DE INDIVIDUOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

Dentro de las fases o etapas por las que los padres pasan durante el periodo de conocer el diagnóstico de su hijo podemos destacar las siguientes:

- Shock
- Negación
- Depresión
- Reacción

Las respuestas posteriores al diagnóstico se clasifican en cuatro fases posteriores al diagnóstico son: shock, negación, depresión y reacción. El shock es el momento inicial donde los padres no se encuentran preparados para recibir el diagnóstico de que su hijo tendrá un trastorno crónico, genera un desconcierto, posterior a esto está la negación donde los padres buscan opiniones de más especialistas, seguido se encuentra la depresión donde los padres sientan cabeza de que su hijo no tendrá un desarrollo típico, un proceso irreversible, lo que conduce un estado de desesperanza y si no se sabe llevar genera un estado de depresión crónica. Normalmente La fase de reacción o realidad se caracteriza por ser coherentes con respecto a la situación y buscar asesoramiento, analizando que cambios se deben

realizar para poder brindar la atención más adecuada para su hijo. (Da Paz & Wallander, 2017)

El afrontamiento puede variar de una persona a otra algunos se refugian en la religión, pensamientos positivos, percepción de buen apoyo familiar, social y económico. Así como otros pueden quedar en una situación de crisis creando actitudes de rechazo, evitación y negación.(Kim, Kim, Voight, & Ji, 2018)

En estas fases debería existir un apoyo continuo a las familias para hacer frente a los cambios en los roles y dinámica familiar

Los síntomas de cada niño y su severidad son también factores que se pueden correlacionar con la depresión de los padres; la crianza se verá afectada por la presencia de depresión, debido a que afectara la capacidad de generar participación activa con el tratamiento de su hijo.(Noens, O’Nions, Evers, Happé, & Boonen, 2017)Factores como la privación del sueño, el dolor posterior al diagnóstico, el estrés que no sede diariamente con las altas demandas en el cuidado del niño.

El aprender a ser resiliente ha demostrado ayudar a lidiar con el estrés, mejorar la salud mental de los cuidadores y del paciente, la resiliencia tiene varias definiciones sin embargo se dice que es la capacidad de resistir, prevalecer ante una situación difícil o adversa también puede ser una adaptación positiva durante una situación estresante. La resiliencia tomada como una intervención tendría el objetivo de ayudar a los padres y hermanos a ser más receptivos a la hora de interactuar con sus hijos o hermanos, además de ayudarlos a ellos a generar habilidades de comunicación. (Bekhet, Johnson, & Zauszniewski, 2012).

Ciertas investigaciones sobre el impacto del autismo en la familia se han centrado en la descripción de los factores que condicionan los niveles de estrés familiar, y se han identificado tres grupos relevantes:

- Características del hijo
- Recursos familiares

- Percepción familiar del problema

Con respecto a las características del hijo, normalmente a mayor patología, mayor estrés, lo que tiene implicaciones muy importantes a la hora de iniciar un proceso de apoyo familiar.

La crianza de un niño con TEA, es un desafío permanente para los padres sumado esto a el desafío de tratar su propia vida, esa carga constante deriva usualmente en la depresión; esta enfermedad disminuye las capacidades de protección y autocuidado de una persona que para nuestro caso son los padres quienes dejan de lado sus vidas para centrarse en sobre llevar la multitud de trabajo extra que demanda el cuidado de una persona con TEA, consecuencia de esto se manifiesta en el descuido de la salud física y emocional, incluida la vida social.(Boshoff, Gibbs, Phillips, Wiles, & Porter, 2016)

Se ha demostrado que la depresión es más frecuente en los padres de niños con TEA que en los padres con niños que tienen desarrollo típico, y padres de niños con otras discapacidades. Y un estudio mostro que es tres veces más frecuente en madres de niños con TEA.(Ingersoll, Meyer, & Becker, 2011)

Los síntomas de cada niño e individuo varían, muchos requieren apoyo en todas las áreas de su vida, lo que conlleva a que los padres se encuentren en agotamiento constante. Teniendo en cuenta que estos individuos requieren múltiples visitas a especialistas y necesitan terapias que en muchos casos no se encuentran cubiertas por ningún seguro.(Chan, Lam, Law, & Cheung, 2018).

Particularmente el sistema de salud en Colombia cataloga el TEA como una enfermedad de alto costo, generalmente las EPS tardan en diagnosticar los niños con TEA, al ser diagnosticado un paciente se les niegan sistemáticamente los servicios, esto agrega una carga a las familias porque para acceder a los servicios de salud a que tiene derecho su hijo, los padres se ven obligados a iniciar procesos legales mecanismos como la tutela restablece los derechos de salud pero generalmente toman mucho tiempo y generan un desgaste para las familias.

En las familias que no cuentan con los recursos suficientes es frecuente encontrar el descontento en los padres por no satisfacer las necesidades del niño, lo que genera un estado de estrés constante, siendo este un factor predisponente para generar depresión. Se debe tener en cuenta que en muchas familias uno de los padres se dedicara en tiempo completo al cuidado de su hijo, esto significa una entrada de ingresos económicos menores en el hogar.(Pérez-Marfil et al., 2016).

El afrontamiento posterior al diagnóstico de TEA, varía de una familia a otra, determinantes son el nivel económico, la educación de los padres. Los métodos de afrontamiento pueden ser ineficaces o desconocidos para los padres generando dificultades para encontrar la felicidad, o un estado de bienestar constante.(E.A. & A.A., 2015)

7. MARCO LEGAL

Colombia contempla una diversidad de leyes y decretos que estipulan la atención, protección, la inclusión, entre otras, de las personas que padecen diferentes tipos de discapacidad; o que definen lineamientos integrales de política para su atención.

Entre las que se encontraron podemos mencionar:

La Ley 1145 de 2007, por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad.

La Ley 1346 de 2009 por medio de la cual se ratifica la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

La Ley 762 de 2002, en la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad".

Ley Estatutaria 1618 de 2013, por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad,

entre otras disposiciones legales, conforman el marco normativo en el cual se sustenta el manejo de la discapacidad en el país.

Derivado de esta ley, el Ministerio de Salud promulgo el PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA 2015; por medio del cual se dictaron las normas y procedimientos que se deben seguir para detectar, diagnosticar y tratar integralmente el TEA en Colombia, este manual si bien es una ayuda importante se queda corto en temas como la fase de prevención del TEA y la atención integral de las familias que merecería un capítulo importante puesto que en los padres recae la gran responsabilidad de la crianza y cuidado permanente de los hijos con TEA.

Debido a la exclusión social que han tenido que soportar injustificadamente las personas en circunstancia de discapacidad, han surgido grupos organizados de personas que se encuentran en esta situación y diferentes organizaciones en el mundo que se han comprometido con la defensa de sus derechos, lo cual se ha expresado en diferentes instrumentos internacionales y otros documentos con fuerza jurídica a través de los cuales se les exige a los Estados el reconocimiento de todas las garantías de esta población como plenos sujetos de derechos. Las personas que se encuentran en alguna circunstancia de discapacidad tienen una protección constitucional reforzada, de conformidad con los artículos 13 y 47 de la Constitución a la luz de la Convención -entre otros instrumentos internacionales-, razón por la cual el Estado tiene el compromiso de adelantar acciones efectivas para promover el ejercicio pleno de sus derechos.

Según la Asamblea Mundial de la salud en su apartado Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista insta en un único ítem a las entidades pertinentes a que ofrezcan atención de salud y apoyo social y psicológico a las familias afectadas por trastornos del espectro autista.

Es importante destacar el proyecto de LEY 083 DE 2015 CÁMARA por el que se propone crear el Sistema General para la Atención Integral y Protección a Personas

con Trastorno del Espectro Autista (T.E.A.) en su artículo 6 llamado "Componente de Salud" parágrafo 1 declara la inclusión de la familia dentro del programa de promoción y prevención de la salud. Además de crear programas para los cuidadores con el fin de evitar aparición de enfermedades físicas y emocionales. Sin embargo en la actualidad en Colombia esta atención y creación de programas no se ve regulada por ninguna entidad, además de la carencia de intervenciones existentes.

8. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

El mecanismo metodológico utilizado consistente en la revisión bibliográfica sistematizada la cual tiene como fin identificar vacíos y oportunidades para nuevas investigaciones, el Análisis y escogencia de artículos y publicaciones por medio de esta revisión se generó un trabajo reflexivo con el fin de resolver las dudas con respecto al tema, por medio de la búsqueda de varios textos en los cuales se encuentren antecedentes históricos, revisiones de literatura esta revisión genera un enfoque honesto extrayendo un significado coherente de la revisión creando curiosidad hacia el lector en la manera en que pueda crear argumentos.

Este trabajo de investigación será una revisión sistematizada que nos permitirá comprender la depresión en los padres de individuos con trastorno del espectro autista.(Garside, 2018)

8.1 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se buscaron artículos en las bases de datos electrónicas de Scopus, Pubmed, Scielo, Science Direct, Clinical Key, EBSCO, con artículos que estén en idioma inglés y español, con las siguientes palabras claves: Trastorno del espectro autista, depresión, padres, cuidadores, la búsqueda se realizó también en inglés debido a

que se encontró mayor cantidad de información con los términos Autism Spectrum Disorder, Depression, Caregivers, Parents.

TABLA 5

<p>DECs Y MeSH</p>	<p>Descriptor ingles Descriptor español: Definición:</p>	<p>Autism Spectrum Disorder Trastorno del Espectro Autista</p> <p>Amplia continuidad de cognitivo asociado y los trastornos neuroconductuales, incluyendo, pero no limitado a, tres características principales que definen : deficiencias en la socialización, las deficiencias en la comunicación verbal y no verbal, y los patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. (DSM-V)</p>
	<p>Descriptor ingles Descriptor español:</p>	<p>Depression Depresión Estados depresivos generalmente de intensidad moderada comparados con depresión mayor.</p>
	<p>Descriptor ingles Descriptor español:</p>	<p>Parents Padres Personas que realizan la función de padres naturales, adoptivos o sustitutos, el termino incluye el concepto de</p>

		paternidad como la preparación para convertirse en padre
	Descriptor inglés Descriptor español:	Caregivers Cuidadores Personas que cuidan a quienes necesitan supervisión, o asistencia por enfermedad o discapacidad.

8.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

8.2.1 Criterios de Inclusión

Se incluyeron artículos sobre Depresión de pacientes con trastorno del espectro autista en los que se verificara el diagnóstico por medio de criterios del DSM-V y que el diagnóstico fuera dado por un psiquiatra o neuropediatra.

Se incluyeron estudios en inglés y español.

Se incluyeron estudios donde se evaluó por medio de algún instrumento válido para medir depresión en los padres.

8.2.2 Criterios de Exclusión

Artículos que no tuvieran resumen disponible, artículos que no estuvieran disponibles en otro idioma que no fuera inglés o español, se excluyeron los artículos que no utilizaran algún instrumento para validar estados de depresión en padres y cuidadores. Se excluyeron artículos que no tuvieran diagnósticos de TEA.

8.2.3 Evaluación Y Selección de datos:

Inicialmente se leyeron todos los títulos y resúmenes de los artículos, determinando si se incluían o no en el segundo paso.

Los artículos seleccionados se revisaron en su totalidad verificando que cumplieran los criterios de inclusión.

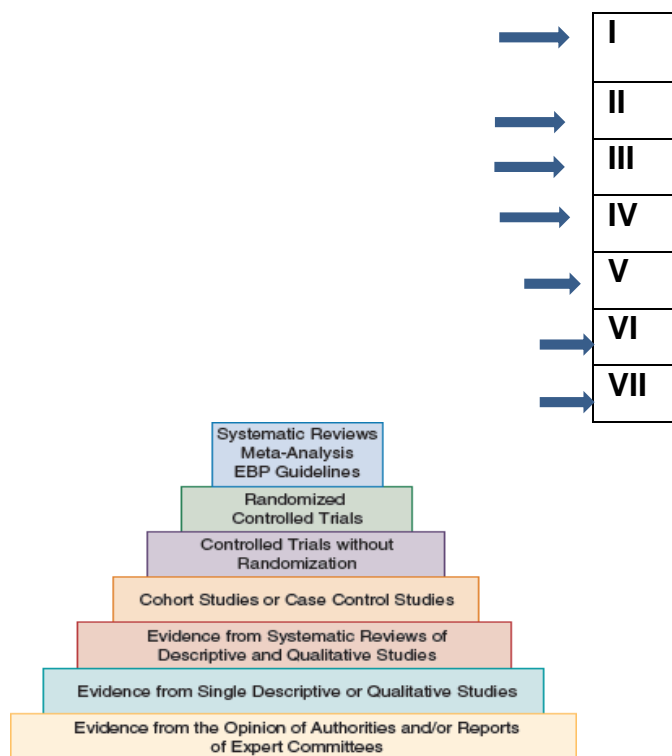
8.2.4 Visualización de resultados

Se realizó una triangulación de toda la información, por medio de una matriz presentada en resultados.

8.2.5 Clasificación de la evidencia

Se debe organizar las publicaciones encontradas y dar un valor con respecto a la evidencia, con el fin de decidir si se pueden incluir o no con respecto a los objetivos planteados y así poder dar afirmaciones basadas en la evidencia que respalda dichas publicaciones.

Se utilizó un sistema propuesto por Melnyk y Fineout-Overholt el cual tiene 7 niveles de evidencia, el número 7 es el que tiene nivel más bajo de evidencia y el número 1 es el que tiene mayor nivel de evidencia y según este se deberán realizar nuevos planteamientos prácticos.

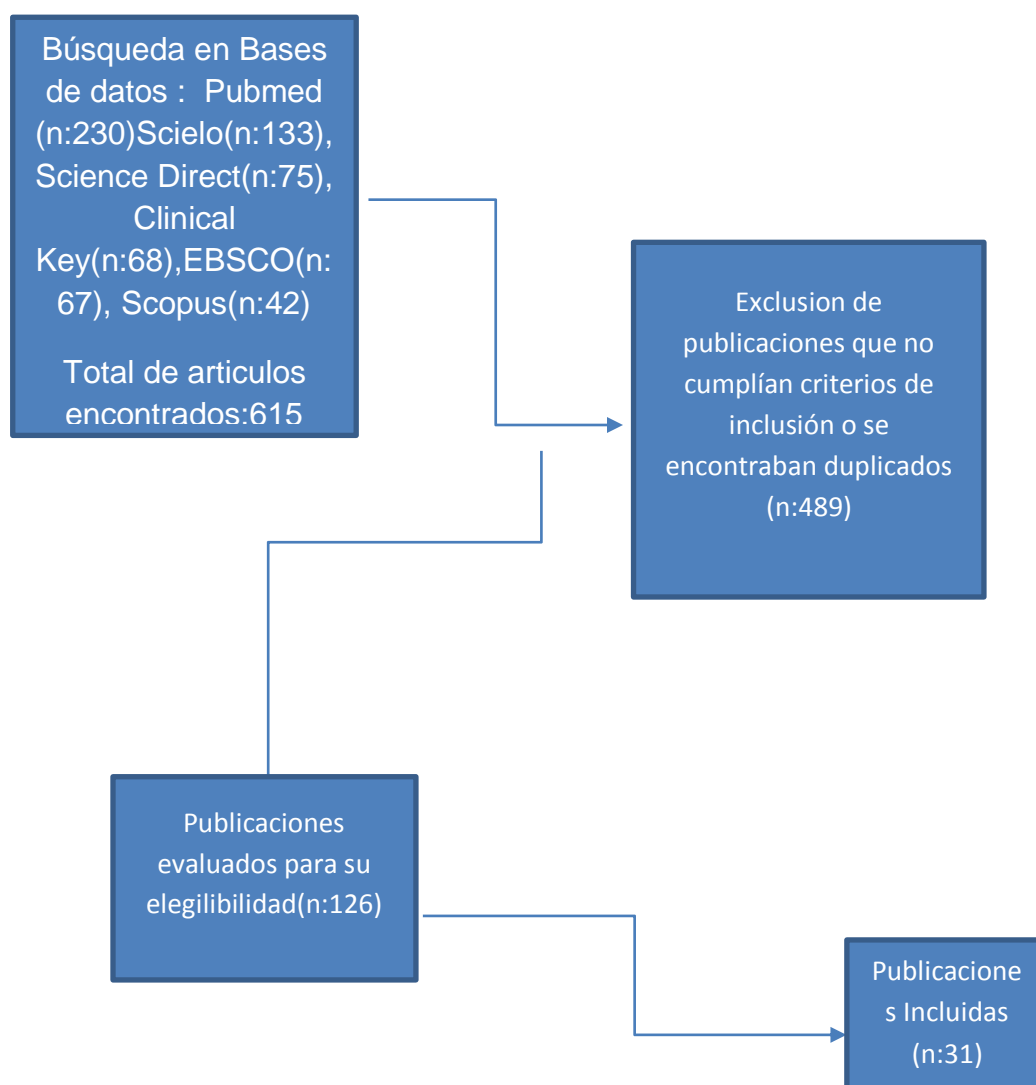


Adaptado de: Melnyk BM, Fineout-Overhol.2005.

9. RESULTADOS

La totalidad de publicaciones de bases de datos fue de 615 artículos, de los cuales se eliminaron 489 por ser duplicados y no cumplir estrictamente los criterios de inclusión. Por tanto se incluyeron un total de 126 artículos los cuales fueron revisados, extensamente sin embargo de estos 31 artículos cumplieron los criterios de inclusión en su totalidad.

Se realizó una matriz donde se exponen los artículos incluidos, ordenados por año, en la cual se mostrara el nombre del artículo, los autores, el año, el país, los objetivos, el instrumento para medir depresión, los hallazgos clave sobre depresión y la muestra.



9.1 Visualización de resultados

Se realizó una matriz donde se exponen los artículos incluidos, ordenados por año, en la cual se mostrará el nombre del artículo, los autores, el año, el país, los objetivos, el instrumento para medir depresión, los hallazgos clave sobre depresión y la muestra.

Se mostrarán graficas las cuales evidencian el porcentaje de estudios realizados por cada país, los instrumentos más utilizados y el año donde se realizaron más publicaciones.

TABLA 1.

Nombre Y Autores	Año	Pais	Instrumento para medir Depression	Objetivos	Hallazgos Importantes	Muestra	Tipo de Estudio
Stress, Anxiety and Depression Among Parents of Children With Autism Spectrum Disorder Bitsika, Vicki Sharpley, Christopher F.	2004	Australia	Zung Self-Rating Depression Scale	Determinar factores causales de estrés y Depresión en Padres	Los factores que surgieron como significativos en depresión incluyeron el acceso al apoyo familiar, la aceptación de los padres sobre la experiencia de lidiar con las dificultades de comportamiento de un niño con TEA.	263 Cuidadores primarios de niños con autismo	Cohorte Transversal -
Anger , Stress Proliferation , and Depressed Mood Among Parents of Children with ASD Benson, Paul R Karlof, Æ Kristie L	2009	Estados Unidos	CES-D	Encontrar asociación entre la ira y su proliferación hacia estados de depresión y estrés.	Se encontró que la ira de los padres media el efecto así como el efecto de la proliferación del estrés en la depresión de los padres 49% informó un promedio de uno o menos síntomas depresivos por día) se encontró que la ira de los padres ejerce un poderoso efecto sobre la proliferación del estrés y la depresión de los padres.	984 madres	Cohorte Transversal -
Prevalence of depressive disorders among caregivers of children with autism in Thailand Charnsil, Chawanun Bathia, Narumol	2011	Tailandia	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional	Encontrar la prevalencia de trastorno depresivo mayor y trastorno distímico en cuidadores de niños con autismo, y determinar los factores asociados con estos trastornos.	26% cumplieron con los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico, respectivamente. El bajo nivel educativo fue un factor significativo asociado.	27 Padres de niños con Autismo	Est.Pevalencia.
Increased Rates of Depressed Mood in Mothers of Children With ASD Associated With the Presence of the Broader Autism Phenotype Aumento Ingersoll, Brooke Meyer, Katherine Becker, Mark W.	2011	Estados Unidos	CES-D	examinó la relación entre el fenotipo más amplio del autismo (BAP) y el estado de ánimo depresivo en madres de niños con y sin trastornos del espectro autista (TEA).	madres de niños con TEA reportaron mayor estado de ánimo depresivo, más características asociadas con la BAP que las madres de niños sin TEA. Estos hallazgos sugieren que la mayor tasa de depresión encontrada en las madres de niños con TEA se puede atribuir tanto al aumento del estrés de criar a un niño con TEA, como a un mayor número de características autistas en las madres que pueden ponerlos en mayor riesgo.	165madres (71 con un niño con TEA y 94 con un niño sin TEA).	Cohorte Transversal -
Factors associated with depressive symptoms in parents of children with autism spectrum disorders Meltzer, Lisa J.	2011	Estados Unidos	CES-D	Encontrar asociación entre síntomas de TEA y depresión.	Los síntomas depresivos maternos elevados se asociaron con aumento de los trastornos del sueño infantil y al aumento de alteraciones del comportamiento	34 familias	Cohorte Transversal -
LongitudinalEffects	2011	Estados	CES-D	Examinar cómo la	Hallazgos de este estudio sugieren que la adaptabilidad a	149 familias	Cohorte -

TABLA 1.

of Adaptability on Behavior Problems and Maternal Depression in Families of Adolescents With Autism Baker, Jason K. Seltzer, Marsha Mailick Greenberg, Jan S.		Unidos		adaptabilidad a nivel familiar, afectar los síntomas depresivos en las familias de individuos con TEA a lo largo del tiempo. (3años)	nivel familiar puede influir en el curso de la depresión la rigidez en el funcionamiento familiar puede fomentar sentimientos negativos.		Transversal
Maternal depressive symptoms following autism spectrum diagnosis Taylor, Julie Lounds Warren, Zachary E.	2012	Estados Unidos	CES-D	Examinar los síntomas depresivos, en relación con la semana posterior al diagnóstico del espectro autista y un promedio de 1,4 años más tarde en madres	Los resultados mostraron la importancia de la atención a la depresión del cuidador en los modelos de detección e intervención de autismo. Los síntomas depresivos maternos elevados se asociaron con una menor cantidad de sueño infantil Los síntomas depresivos maternos y el estrés pueden ser muy comunes durante las secuelas inmediatas de un diagnóstico de TEA y pueden representar problemas recurrentes y crónicos para un número sustancial de madres. 78.7% proporcionaron informes retrospectivos de síntomas depresivos clínicamente significativos con respecto a la semana posterior al diagnóstico, con un 37.3% de madres reportando síntomas depresivos al finalizar el estudio.	75 madres de niños recién diagnosticados con TEA.	Cohorte Transversal -
Depression and anxiety among parents and caregivers of autistic spectral disorder children Almansour, Mohammed A. Alateeq, Mohammed A. Alzahrani, Mansour K. Algeffari, Metab A. Alhomaïdan, Homaidan T.	2013	Arabia Saudita	HADS	Evaluar la presencia de Depresion y ansiedad en padres cuidadores de TEA	El tiempo desde el diagnóstico de autismo no se asoció significativamente con la depresión de los casos. 98% Menciono afectaciones en su vida diaria Tanto la puntuación de depresión como de ansiedad fueron significativamente mayores entre los casos en comparación con los controles.	100 padres / 50 casos 50 control	Casos controles Y
The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk for depression Zablotsky, Benjamin	2013	Estados Unidos	PHQ-9	Examinó la asociación entre la sintomatología del autismo infantil y el riesgo de depresión materna y una menor calidad de vida materna.	TDM(34.2%) Las madres actualmente deprimidas tenían más probabilidades de tener antecedentes familiares de depresión (61.6 vs. 28.9 din depresión. 79%con tratamiento había experimentado una enfermedad depresiva antes y después del nacimiento de su hijo con TEA, mientras que el 21% restante había experimentado	1110 Diadas madre e hijo (Est-longitudinal.

TABLA 1.

Anderson, Connie Law, Paul					una enfermedad depresiva solo después del nacimiento de su hijo con TEA Los niños con los casos más severos de autismo fueron los más propensos a tener una madre que actualmente recibe tratamiento para la depresión		
The predictors of distress in parents of children with autism spectrum disorder Firth, Ian Dryer, Rachel	2014	Australia	DASS-21;	examinó qué característica ASD predecía mejor la angustia de los padres.	Asociación entre la gravedad de la TEA y el estrés materno es más fuerte en los niños más pequeños 22% de los padres informaron, depresión extremadamente graves a Severos. Posterior al Diagnóstico, experiencia traumática.	109 Padres	Cohorte Transversal -
Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders Kuhlthau, Karen Payakachat, Nalin Delahaye, Jennifer Hurson, Jill Pyne, Jeffrey M. Kovacs, Erica Tilford, J. Mick	2014	Estados Unidos	CES-D	Evaluación de factores que afectan el bienestar , estrés, depresión.	Los padres. El 50% de los padres informaron las puntuaciones CES-D ≥ 16 que indicaron que tenían síntomas clínicos de depresión.	224 Padres de niños con TEA	Cohorte Transversal -
Relationship satisfaction, parenting stress, and depression in mothers of children with autism Weitlauf, Amy S. Vehorn, Alison C. Taylor, Julie L. Warren, Zachary E.	2014	Estados Unidos	CES-D	Encontrar determinantes entre depresión y satisfacción de los padres en sus relaciones	Los resultados sugieren que la relación entre las conductas problemáticas del niño y la depresión materna debe considerarse junto con otras medidas del matrimonio y el estrés familiar La gravedad del diagnóstico y el comportamiento de los niños predijeron significativamente los síntomas de depresión Los altos niveles de satisfacción conyugal parecían amortiguar el impacto del estrés de los padres sobre los síntomas depresivos.	70 madres de niños con TEA	Cohorte Transversal -
The association of illness perceptions with depressive symptoms and general psychological distress in parents of an offspring with autism spectrum disorder Gatzoyia, Dimitra Kotsis, Konstantinos Koullourou, Iouliani Goulia, Panagiota Carvalho, André F. Soulis, Spyros	2014	Grecia	PHQ-9	el objetivo fue evaluar la prevalencia de los síntomas de angustia psicológica y sus asociaciones con las percepciones de la enfermedad en los padres con hijos ASD. Evaluar la frecuencia de los síntomas depresivos	prevalencia significativa sintomático fue de 34.2%, síntomas depresivos de moderados a graves Los padres más jóvenes y aquellos con menos recursos financieros tuvieron síntomas depresivos más graves. . Las madres reportaron más síntomas depresivos que los padres, los síntomas depresivos maternos se han encontrado con mayor frecuencia durante los primeros años después del diagnóstico	111 padres de hijos con TEA	Est. Transversal

TABLA 1.

Hyphantis, Thomas Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a protective factor Conner, Caitlin M. White, Susan W	2014	Estados Unidos	DASS-21	Evaluar si la falta de atención maternal está asociada con el estrés materno, ansiedad y depresión por encima de los problemas de conducta infantil, para ambos grupos.	aumento en los niveles de estrés de los padres se asoció con un aumento en los niveles de síntomas depresivos, 29% muestra tiene depresión las madres de niños con TEA que tienen un aumento de la sintomatología depresiva no buscan psicoterapia.	madres de niños con TEA (n = 67) y una muestra de comparación de madres sin TEA (n = 87),	Casos Controles	Y
The Factors Predicting Stress, Anxiety and Depression in the Parents of Children with Autism Falk, Nicholas Henry Norris, Kimberley Quinn, Michael G.	2014	Estados Unidos	DASS-21	evaluar los factores predictivos de ansiedad, estrés y depresión en muestras separadas de madres y padres con uno o más niños con un diagnóstico de autismo o TEA	las madres como para los padres estaban dentro del rango "Moderado" para depresión Y ansiedad , en niños con síntomas de severidad en el comportamiento. Tales como agresividad del niño, falta de apoyosocial.	cohorte de 250 madres y 229 padres de uno o más niños con autismo	Cohorte Transversal	-
Coping strategies, caregiving burden, and depressive symptoms of Taiwanese mothers of adolescents with autism spectrum disorder Lin, Ling Yi	2015	Taiwan	CES-D	Evaluar los efectos de la carga de cuidado y de las estrategias específicas para sobrellevar los síntomas depresivos en madres taiwanesas de niños de 10 a 19 años con TEA	las madres informaron síntomas depresivos que fueron menos severos cuando utilizaron estrategias de afrontamiento más centradas en los problemas la carga de cuidado se asoció positivamente con los síntomas depresivos, más de la mitad de las madres obtuvieron un puntaje de 16 o más en la escala CES-D, lo que indica que las personas con riesgo de depresión clínica.	91Madres	Cohorte Transversal	-
Factors Mediating Dysphoric Moods and Help Seeking Behaviour Among Australian Parents of Children with Autism Snow, Matthew Donnelly, James	2016	Australia	DASS-21	Examinar algunos factores relacionados con la experiencia australiana de criar a un niño con un TEA. Propusimos que los cuidadores de niños con TEA pueden tener un mayor riesgo de depresión	Los padres que tienen mayor riesgo de disforia son los que se encontraron en las áreas rurales y regionales de Australia debido a un mayor riesgo general de depresión y a menos o más distantes servicios de apoyo para el autismo os padres de niños con un TEA reportaron niveles significativamente más altos de depresión, ansiedad y síntomas de estrés en comparación con los padres de niños con TD.	261 padres de un niño con TEA, y 145 eran padres de niños con un desarrollo típico.	Casos Controles	y
The Relationship Between Optimism, Coping, and Depressive Symptoms in Hispanic Mothers and Fathers of Children with Autism Spectrum Disorder Willis, Kelcie	2016	Estados Unidos	CES-D	examinó las diferencias de género en la relación entre el optimismo el afrontamiento y los síntomas depresivos	madres reportaron mayores síntomas depresivos y un mayor uso de respuestas positivas y de apoyo que los padres sin embargo, tanto las madres como los padres informaron niveles similares de optimismo y uso de afrontamiento evitativo.	89 Padres Hispanos de los niños con TEA	Cohorte Transversal	-

TABLA 1.

Timmons, Lisa Pruitt, Megan Schneider, Hoa Lam Alessandri, Michael Ekas, Naomi V.							
Impact of diagnostic practices on the self-reported health of mothers of recently diagnosed children with ASD Reed, Phil Picton, Lucy Grainger, Nicole Osborne, Lisa A.	2016	Londres	HADS	examinar las experiencias diagnósticas y el funcionamiento psicológico de las madres de niños con diagnóstico reciente de TEA, y relacionar estas experiencias diagnósticas con: ansiedad, depresión	El tiempo real desde la primera notificación de un problema hasta la obtención de un diagnóstico, y la velocidad del proceso de diagnóstico desde la primera hasta la última cita, se relacionaron significativamente con depresión en las madres.	127 Madres	Cohorte
Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder Kousha, Maryam Attar, Hoda Alizadeh Shoar, Zohreh	2016	Iran	BDI	Investigar la frecuencia de la ansiedad, la depresión en madres de niños con TEA en familias iraníes.	Este estudio fue el primero en investigar la ansiedad, la depresión y en madres iraníes con hijos con TEA. Al igual que en estudios de otras regiones, observamos altas puntuaciones de ansiedad y depresión entre las madres, ya que encontramos cierto grado de ansiedad en dos tercios de nuestras madres y depresión en la mitad de ellas.	127 Madres	Cohorte Transversal -
Risk and protective factors for symptoms of anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorder MacHado Junior, Samuel Bezerra Celestino, Meline Ivone Oliveira Serra, Juliane Penalva Costa Caron, Jean Pondé, Milena Pereira	2016	Brasil	HADS	evaluar si los padres de niños con autismo con síntomas conductuales más severos tienen más probabilidades de tener síntomas de ansiedad y depresión que los padres de niños con autismo	La depresión estuvo presente en el 26.7% de los padres y la ansiedad en el 33.7%. Los síntomas de conducta severos en el niño aumentaron la probabilidad de ansiedad severa y los síntomas de depresión en los padres. Si el niño tenía síntomas de conducta severos y el padre vivía en el hogar familiar, la probabilidad de síntomas severos de ansiedad y depresión en Los padres fueron 95.2% más bajos. 27 de depresión, 34 (33.7%) de ansiedad y 20 (18.9%) de ambos. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las madres y los padres con respecto a la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión. Los síntomas de ansiedad / depresión severos fueron significativamente más comunes en los padres cuyos hijos tenían síntomas de comportamiento severos en comparación con los padres de niños con síntomas leves (43% vs. 16.	102 padres: 84 madres y 18 padres.	Est. Transversal
Mental Wellbeing of Family Members of Autistic Adults Herrema, Renske Garland, Deborah	2017	Londres	DASS-21	investigar el bienestar mental de los miembros de la familia que brindan apoyo a los adultos autistas e identificar	Los resultados de esta investigación muestran que los síntomas indicativos de posibles dificultades de salud mental prevalecen entre los miembros de la familia que cuidan a adultos autistas, con dos tercios que indican puntuaciones indicativas de depresión leve o moderada	109 Familias	Cohorte Transversal -

TABLA 1.

Osborne, Malcolm Freeston, Mark Honey, Emma Rodgers, Jacqui				factores específicos que puedan predecir resultados de bienestar más pobres para los miembros de la familia.	Estos hallazgos enfatizan la importancia del apoyo para los miembros de la familia de adultos autistas, ya sea a través de servicios externos para apoyar el apoyo de salud mental de su pariente o individual para el cuidador. hallazgos demuestran que los miembros de la familia que apoyan a adultos autistas con problemas de salud mental comórbidos pueden correr un mayor riesgo de que ellos mismos sufran dificultades de salud mental y que la "preparación para el futuro" para el adulto autista contribuye a la preocupación, la ansiedad y la ansiedad del cuidador		
Subjective Burden and Depression in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder in India: Moderating Effect of Social Support Singh, Prerna Ghosh, Subharati Nandi, Subhrangshu	2017	India	CES-D	Evaluar el impacto de la carga subjetiva sobre la depresión en madres de niños con TEA	a (47,14%) calificando para la depresión de importancia clínica. los niveles de carga subjetiva informan niveles significativamente más altos de depresión Los resultados muestran que las madres con un nivel medio de carga subjetiva y un apoyo familiar medio / alto tienen una depresión mayor que las madres con un nivel bajo de carga subjetiva y un apoyo social bajo El hallazgo es preocupante porque la depresión es un factor de riesgo para enfermedades crónicas.	70 madres de niños recientemente diagnosticados con TEA	Cohorte Transversal -
Parenting a Child with ASD: Comparison of Parenting Style Between ASD, Anxiety, and Typical Development Megan Schneider, Hoa Lam Alessandri,	2017	Estados Unidos	BDI	Comparar niveles de depresión de los padres, así como los estilos de crianza de los hijos entre los niños con ansiedad y los niños con TEA, los niños con TD.	Los padres de niños con TEA reportaron mayores niveles de síntomas depresivos que los padres de niños con ansiedad, y los padres de niños con TD en menor grado. los síntomas depresivos informados por los padres de niños con TEA no se asociaron con ninguna conducta de crianza, destacando además que pueden ser los síntomas de conducta de los niños los que desempeñan el papel más dominante en la configuración de la conducta de crianza en esta clínica.	Padres de 48 niños con TEA vs Padres de 85 niños con trastorno de ansiedad	Cohorte Transversal -
From child autistic symptoms to parental affective symptoms: A family process model Kevin Ka Shing Chana,b,□, Chun Bun Lamc,d, Naska Chung Wa Lawe, Ryan Yat Ming Cheungf,g	2018	Hong Kong	PHQ-9	Investigar por qué la crianza de un niño con TEA se asocia con un aumento de la angustia y un mayor riesgo de problemas de salud mental.	los síntomas autistas infantiles se asociaron positivamente con los síntomas depresivos y de ansiedad de los padres. Estas asociaciones fueron dadas por la preocupación relacionada con el futuro, el estrés de los padres, los conflictos conyugales y la presión económica familiar.	375 Madres de niños con TEA.	Cohorte Transversal -
Mental health interventions for parent carers of	2018	Estados Unidos	DASS-21 BDI	Analizar críticamente los hallazgos de los estudios existentes con	Las madres aumentaron su efectividad para resolver problemas y experimentaron menos síntomas depresivos a lo largo del estudio,	918 Padres de niños con TEA	Cohorte Transversal -

TABLA 1.

<p>children with autistic spectrum disorder: Practice guidelines from a critical interpretive synthesis (CIS) Catalano, Denise Holloway, Linda Mpofu, Elias</p>				<p>la intención de proponer pautas prácticas para profesionales y padres cuidadores para mejorar la salud mental y el bienestar psicológico de los padres que tienen un hijo con TEA Para explorar si el estrés materno y los síntomas depresivos se reducirían como resultado del fortalecimiento de las habilidades de resolución de problemas.</p>	<p>Los padres que brindan atención continua a un niño afectado por TEA tienen un mayor riesgo de resultados adversos para la salud mental, como el estrés crónico, la depresión y la ansiedad.</p>		
<p>Parenting stress and depressive symptoms in Taiwanese mothers of young children with autism spectrum disorder: Association with children's behavioural problems Hou, Yuh Ming Stewart, Lydia lao, Lai Sang Wu, Chin Chin</p>	2018	Taiwan	BDI	<p>examinó la gravedad del estrés parental y los síntomas depresivos en las madres taiwanesas</p>	<p>Los resultados confirmaron que las madres de niños pequeños con TEA experimentaron niveles más altos de estrés parental y síntomas depresivos que las madres de niños pequeños con DD. Además, los problemas de comportamiento de los niños eran factores predictivos sólidos del estrés parental y los síntomas depresivos en las madres de niños pequeños con TEA, de las madres con niños con TEA mostraron síntomas depresivos moderados o graves, mientras que el 15,6% de las madres con niños con DD mostraron síntomas depresivos moderados o graves..</p>	51 niños sus madres,51 niños u madres con retraso en el desarrollo.	Cohorte Transversal -
<p>Caregiver Mental Health, Parenting Practices, and Perceptions of Child Attachment in Children with Autism Spectrum Disorder Teague, Samantha Newman, Louise K. Tonge, Bruce Gray, Kylie Aery, Anaha Andersson, Ellaina Arciuli, Jo Arora, Sheena Bezzina, Louise</p>	2018	Australia	DASS 21	<p>investigar las asociaciones entre la salud mental de los cuidadores Estimar si los cuidadores de niños con TEA notificarían más problemas de salud mental que los cuidadores de niños con otras enfermedades</p>	<p>los cuidadores en ambos grupos informaron niveles altos de depresión y estrés, con puntuaciones significativamente más altas para depresión los cuidadores de niños con TEA informaron puntuaciones de gravedad moderada para la depresión y el estrés, y puntuaciones de intensidad leve para los síntomas de ansiedad. os resultados demuestran que los cuidadores de niños con TEA experimentan peor salud mental</p>	49 madres e hijos con TEA, incluyeron: síndrome de Down (7), parálisis cerebral (1), retraso del lenguaje (8), síndrome de Williams (2)	Cohorte Transversal -

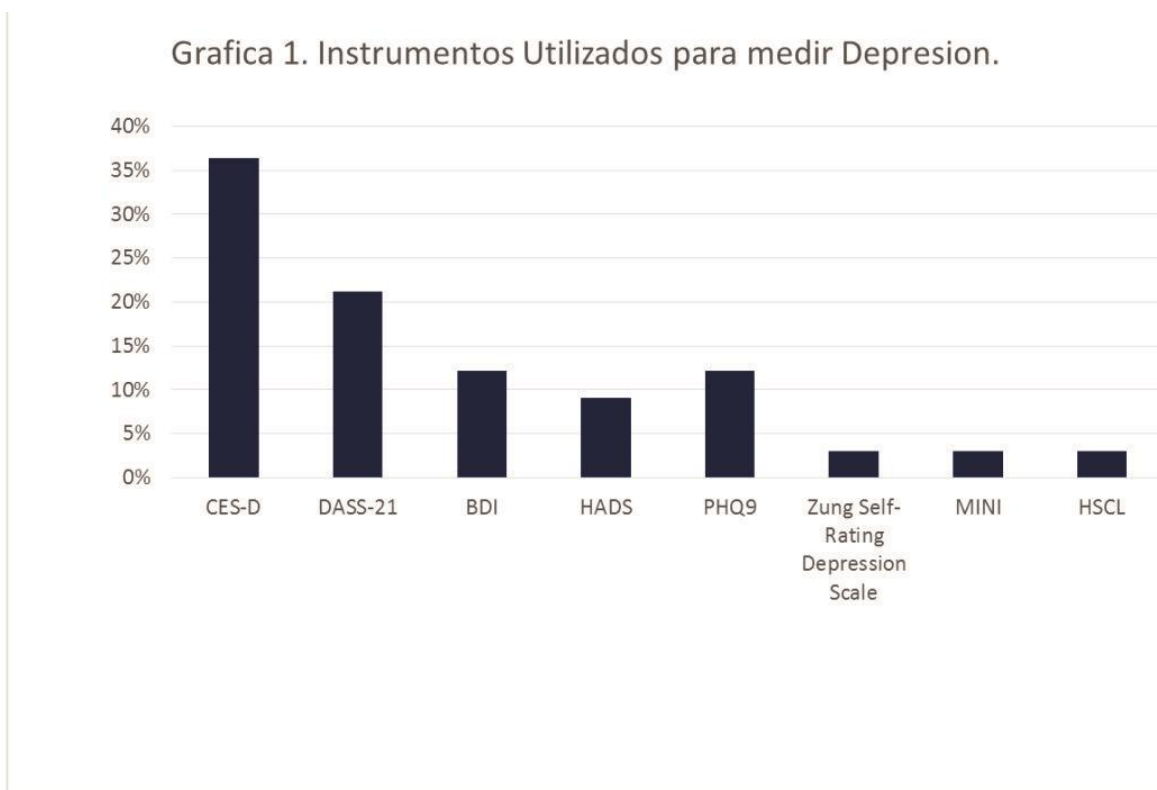
TABLA 1.

Perceived Burden in Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder Pandey, Shrijana Sharma, Chandrakala	2018	Nepal	HSLC-25	evaluar la carga de la atención entre sesenta y un padres de niños con trastorno del espectro autista en	los cuidadores experimentaron un rango de carga moderado a grave. Se encontró que el nivel de educación, la ansiedad y la depresión estaban significativamente asociados con la carga de cuidado .proximadamente un tercio de los cuidadores estaban deprimido.	61 cuidadores	Cohorte Transversal	-
Affiliate stigma and depression in caregivers of children with Autism Spectrum Disorders in China: Effects of self-esteem, shame and family functioning Zhou, Ting Wang, Yiting Yi, Chunli	2018	China	CES-D	Investigar el estigma y la depresión de los afiliados en cuidadores de niños con trastornos del espectro autista (TEA)	Los factores que surgieron como significativos en la diferenciación entre padres con niveles altos de ansiedad y depresión incluyeron el acceso al apoyo familiar, la estimación de los padres sobre la experiencia de los cuidadores familiares para lidiar con las dificultades de comportamiento de un niño con TEA y la salud paterna. dos tercios de los padres de niños autistas en su muestra estaban clínicamente deprimidos los padres con una enfermedad o discapacidad reportaron una ansiedad y depresión significativamente mayores el 21,0% de los padres informaron síntomas de "depresión moderada", el 27,6% "depresión alta" y el 11,4% (5,9%) de los padres calificados dentro del rango de "depresión severa", lo que da una tasa de prevalencia total del 60% (18.1%) de los padres que experimentan sintomatología depresiva.	263 cuidadores	Cohorte Transversal	-
Measuring Health Spillover Effects in Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorder: A Comparison of the EQ-5D-3L and SF-6D Brown, Clare C. Tilford, J. Mick Payakachat, Nalin Williams, D. Keith Kuhlthau, Karen A. Pyne, Jeffrey M. Hoefman, Renske J. Brouwer, Werner B.	2019	Estados Unidos	CES-D	Comparar el valor de las escalas de vida asociadas en los cuidadores.	Los valores de utilidad de la salud de los cuidadores para niños con TEA varían según las características de salud del niño, lo que sugiere un potencial significativo de efectos secundarios como depresión Los cuidadores con menos horas de sueño por noche, más síntomas depresivos, menor calidad de vida relacionada con el cuidador y menor calidad de vida relacionada con la familia, se asociaron con un aumento de las horas de sueño, y la disminución de los síntomas depresivos (CES-D).	224 Cuidadores primarios	Cohorte Transversal	-

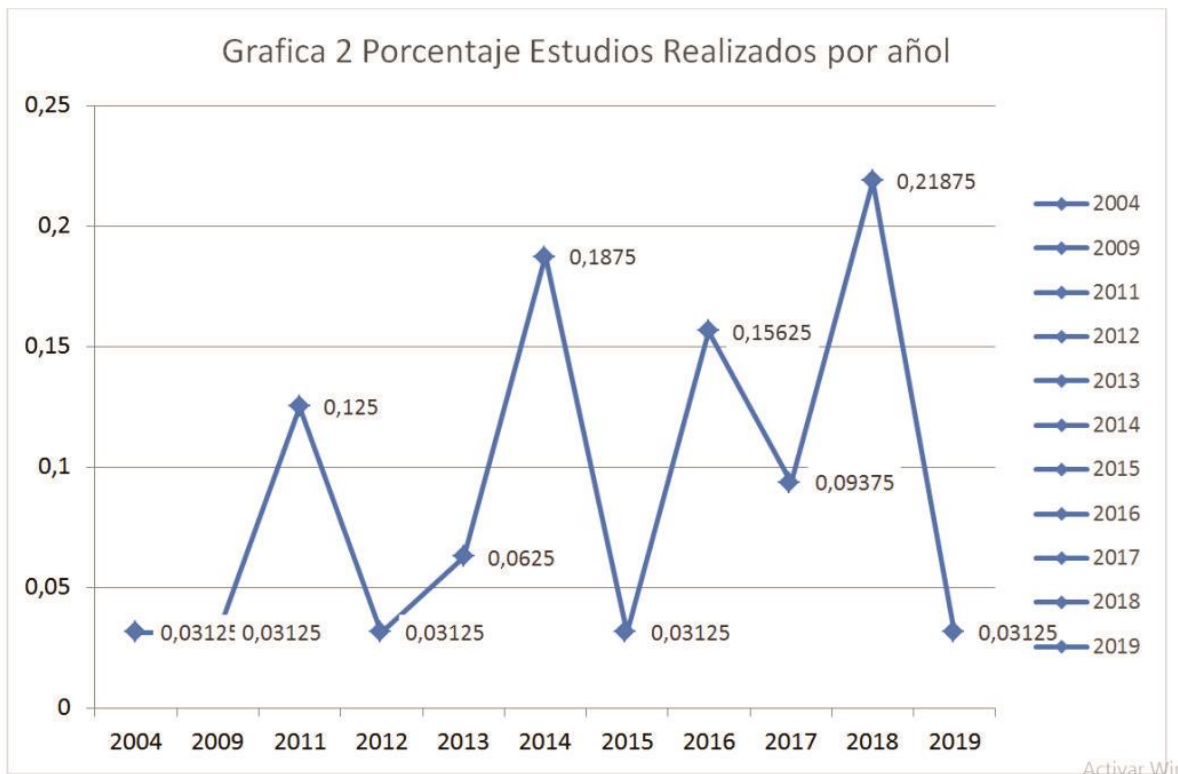
10. CARACTERIZACIÓN DE RESULTADOS

10.1 Distribución de artículos según Instrumento para medir Depresión

En esta grafica podemos ver que la escala más utilizada en las revisiones fue en el CES-D ocupando un porcentaje de 36%, seguido del DASS-21 utilizado en 7 publicaciones para un porcentaje de 21%, el PHQ9 es el instrumento siguiente con un porcentaje de 12% utilizado en 4 publicaciones, el BDI ocupa el mismo porcentaje 13% y el mismo número de publicaciones, las escalas siguientes fueron utilizadas 1 vez ocupado un porcentaje del 3% cada una.

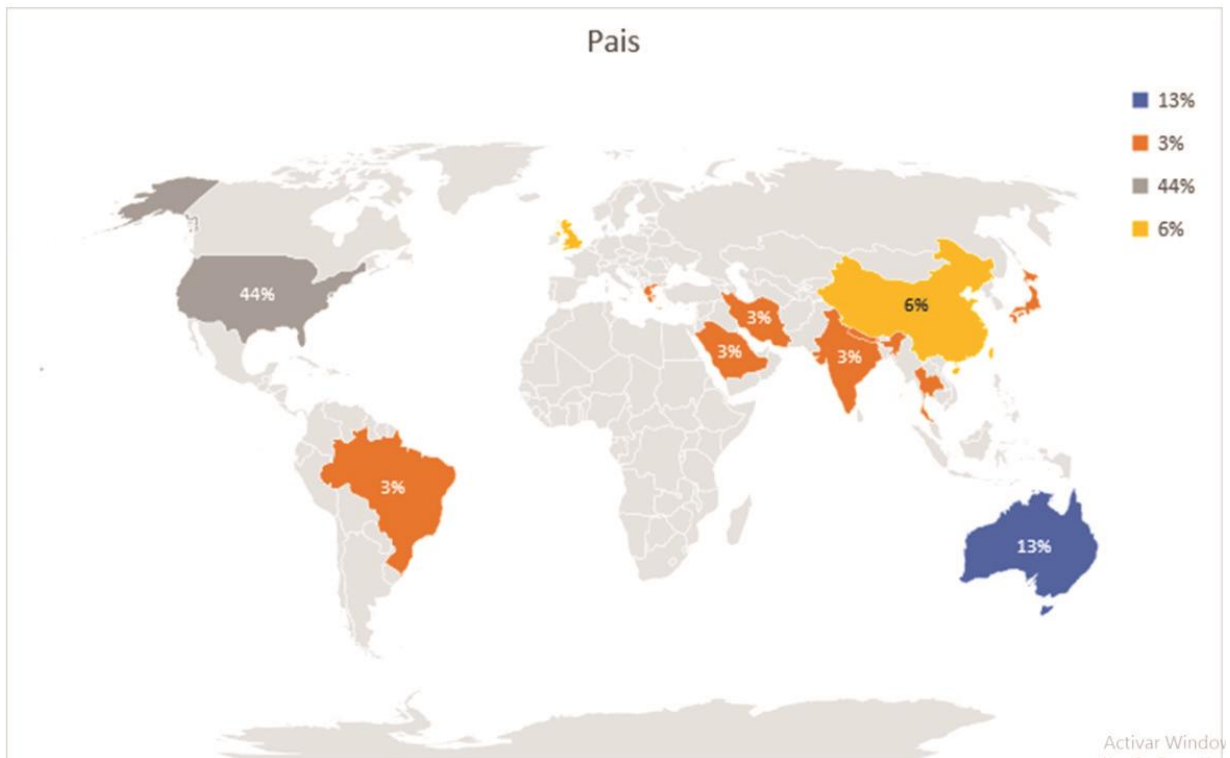


10.2. Distribución de artículos según año de publicación.



El año con mayor cantidad de publicaciones fue el 2018 con un total de 7 publicaciones para un porcentaje de 22%, posterior a esta el siguiente año con mayor cantidad de artículos reportados es el 2014 con 7 publicaciones para un porcentaje de 19% en esta revisión no se determinó límite de tiempo. La publicación más antigua se reportó en el año 2004 y la más reciente en el año presente.

10.3. Distribución de Publicaciones por País.



En la gráfica presente encontramos el mayor número de publicaciones realizadas en estados unidos para un porcentaje de 44%, posterior Australia con un porcentaje de 13% para 4 publicaciones, es notable que en Latinoamérica se encontrara 1 publicación realizada en Brasil para un porcentaje de 3%. Esto evidencia el déficit de investigación en el tema por parte de los países de habla hispana hacia la investigación del tema.

10.4. Distribución de artículos según nivel de evidencia

Nivel	# Artículos	Porcentaje
1	1	3%
4	13	42%
5	1	3%
6	16	52%
Total	31	100%

Se observa que el 52% de las publicaciones se clasificaron en nivel 6 el cual corresponde a lo que corresponde publicaciones que no tienen fuerte evidencia científica, pero se debe tener en cuenta que debido a su alcance y metodología son estudios necesarios en la práctica, los demás artículos se repartieron en nivel IV y V los cuales incluyen estudios descriptivos cualitativos.

11. DISCUSION DE LOS HALLAZGOS

La depresión en padres de individuos con trastorno del espectro autista, es una realidad que día a día se hace más frecuente en esta población, se puede considerar como un problema que afecta no solamente la salud mental y emocional sino también puede traer consecuencias físicas a mediano y largo plazo (Asano et al., 2018) estas consecuencias no solo afectan a la persona con depresión involucrando sino también a su círculo más cercano y más aún al individuo con trastorno del espectro autista al que deben cuidar. Por lo que se considera que es un problema que debe ser interés en la comunidad médica y se debe tener en cuenta a la hora de atender a un paciente con TEA.

Durante la revisión realizada en el presente trabajo encontramos varios puntos:

El trastorno del espectro autista presenta una amplia variedad de síntomas en el comportamiento, tales como: agresividad hacia los padres y cuidadores primarios, perturbaciones en los ciclos del sueño. Esto genera en los padres una sobrecarga física y emocional. Lo que produce un aislamiento social, disminución del autoestima y el no poder crear una relación bidireccional con su hijo.

Estas situaciones constantes generar un entorno estresante lo que es una causa para generar un estado de vulnerabilidad el cual claramente aumenta el riesgo para presentar un trastorno depresivo.(Kuhlthau et al., 2014)

Se encontró además que los padres refirieron una falta de apoyo posterior al diagnóstico por parte de su misma familia, el área médica y estatal lo que es percibido no solo por los padres sino por los niños con TEA. Esto nos hace pensar que existe indiferencia y falta de información por parte de la sociedad en general hacia esta problemática.(Meltzer, 2011)

Los síntomas de depresión se asocian con falta de interés de una persona al afrontar alguna situación, en este caso específico nos podemos referir al cuidado de una persona diagnosticada con TEA, debido a que muchos padres con depresión no continuaron con el tratamiento para sus hijo. Como consecuencia de este acto

la falta de intervenciones tempranas en los individuos con TEA no existirán mejoras en el comportamiento del hijo causando un empeoramiento de la sintomatología de la diada hijo-padre, hijo-madre.(Botto et al., 2014)

En los estudios que comparaban grupos de padres cuidadores de individuos con TEA con respecto a otros grupos que incluían padres con hijos con desarrollo típico, síndrome de Down entre otros, los padres de hijos con TEA, presentaban más síntomas depresivos en un porcentaje significativamente mayor. Es de importancia recalcar que los estudios encontraron que entre mayores alteraciones en el comportamiento presentaban los individuos con TEA mayores asociaciones existían con los síntomas depresivos de los padres, el factor asociado más común fue la presentación de rabietas y episodios agresivos.(Legg & Tickle, 2019)

En los estudios revisados se encontró un gran porcentaje de madres se veían afectadas por depresión en comparación a los padres, siendo consecuentes con un estudio realizado por (Goodman et al) el cual asocio la depresión materna con deficiencias en las áreas sociales, psicológicas y cognitivas en los niños.

La razón explicada de porque las madres tienen a presentar mayores niveles de depresión es debido a que asumen la mayoría de responsabilidades de cuidado del individuo con TEA lo que conlleva en muchos casos a enfrentarse con barreras como la falta de inclusión por parte de centros educativos, falta de centros públicos y privados específicos para TEA, cuidados del hogar y de otros integrantes de la familia.

No se puso un límite de búsqueda con respecto a la edad de los individuos con TEA, sin embargo, debido a ser un trastorno presentado en la niñez los estudios demostraron que los síntomas depresivos fueron más altos en las madres de niños pequeños debido a la mayor atención que requieren, sin embargo, los síntomas van cambiando con las necesidades y el desarrollo de cada individuo.

Se encontró también que existe una responsabilidad social con respecto a la depresión en padres, donde los que referían percibir un apoyo social, familiar, tenían puntuaciones mucho más bajas de depresión.

La educación en los padres es un factor determinante para la presentación de síntomas depresivos, esto se consideraría un factor protector el tener un mayor nivel educativo. Debido a que proporciona en ciertos casos un mayor ingreso económico a la familia, una mayor comprensión y asimilación del TEA.

Las familias de personas con TEA generalmente se organizan en grupos que son reconocidos minoritariamente por la sociedad pero que sin duda ayudan a visibilizar esta problemática.

El estado Colombiano ha promulgado leyes que reivindican los derechos de las personas con discapacidad cognitiva en temas de inclusión , cultura, educación, salud entre otros.

12. CONCLUSIONES

Una vez determinado que es el trastorno de Espectro Autismo y su incidencia en las personas y sus familias, que es la depresión; podemos concluir que el TEA si es una causa muy probable que desencadena depresión en padres y cuidadores.

Que en el caso colombiano el estado ha procurado en los últimos años amparar los derechos de personas con discapacidad con leyes importantes como la ley estatutaria en salud de 2013, y en el 2015 el ministerio de salud promulgó el manual de protocolo para el manejo del TEA estos esfuerzos aún no han tenido el impacto necesario ante la sociedad y la comunidad médica por falta de implementación y difusión.

El estado Colombiano debe enfocar su atención en adelantar programas de prevención en salud mental, acompañamiento integral a los padres y cuidadores de personas que mejoren la calidad de vida del núcleo familiar. Esto sin duda repercutirá directamente en la salud mental de los colombianos disminuyendo los índices de depresión y todas las consecuencias derivadas de esta problemática.

La comunidad médica en todos sus niveles debe capacitarse, y conocer iniciativas como el Protocolo de detección temprana del TEA del ministerio de salud y así una vez diagnosticado el TEA pueda entender que atendiendo a la familia de manera integral pueda mejorar la calidad de vida de los directamente afectados.

La presente revisión evidencia que en la actualidad la depresión en los padres de niños con TEA no se está abordando de manera adecuada, por falta de regulación en las intervenciones tempranas y tardías para padres y familiares de individuos con TEA, además de no brindar el adecuado apoyo a los padres posterior al diagnóstico y otro punto que se debe tener en cuenta es que la gran mayoría de intervenciones están enfocadas en el individuo con TEA dejando de lado las necesidades de los padres.

En Colombia y en el mundo se deberían implementar estrategias para crear más intervenciones que identifiquen tempranamente la depresión en los padres.

La depresión materna y paterna afecta el desarrollo de los individuos con TEA, debido a que es una barrera para la efectividad de las intervenciones que sus hijos requieran.

La mayoría de estudios recalcan el hecho de que existe un definir en las intervenciones hacia los padres y cuidadores lo que aumenta el riesgo de presentar síntomas depresivos

y así llegar a una depresión establecida, por eso se debe fomentar crear, realizar, intervenciones educativas hacia los padres con el fin de que se priorice la reducción de síntomas depresivos en los padres.

La depresión que se suma a la multiplicidad de acontecimientos que deberán enfrentar los padres durante su vida familiar al ser los directos responsables de esta población. Haciendo a la vez un llamado a la comunidad médica para que se preparen en buenas prácticas de diagnóstico del TEA en la infancia temprana; estableciendo que si se realiza un diagnóstico acertado a edad temprana en niños esto podrá ayudar a planear, prevenir y educar a padres sobre el manejo del TEA, así los padres tendrán herramientas que les ayudará en su vida para prevenir consecuencias en su salud como la depresión.

13. LIMITACIONES

Existe un déficit en los estudios al revisar antecedentes de los padres, madres y cuidadores sobre la aparición de síntomas y episodios depresivos en el pasado refiriéndonos al tiempo antes del nacimiento del hijo por lo que se deberían realizar estudios longitudinales para verificar el trastorno del espectro autista es un determinante asociado a la depresión en los padres o si existe alguna relación con la depresión como patología ya instaurada en el padre.

Otra limitación con respecto a los instrumentos es que no todos hacen preguntas relacionadas con la aparición de síntomas portante los estudios fueron específicos para depresión, sin especificarlos hacia TDM, o trastorno depresivo crónico, distermia.

14. REFERENCIAS

REFERENCIAS

1. Oono IP, Honey EJ, McConachie (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD) (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009774.pub2.www.cochranelibrary.com>
2. Elfert, M., & Mirenda, P. (2006). The experiences of behavior interventionists who work with children with autism in families' homes. *Autism*, 10(6), 577–591. <https://doi.org/10.1177/1362361306068502>
3. Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., & Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain and Development*, 35(2), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2012.10.004>
4. Congreso de Colombia. (2015). PROYECTO DE LEY 083 DE 2015 CÁMARA por la cual se crea el Sistema General para la Atención Integral y Protección a Personas con Trastorno del Espectro Autista (T.E.A.) y en condiciones similares y se dictan otras disposiciones.
5. Preece, D., & Almond, J. (2008). Supporting families with children on the autism spectrum: using structured teaching approaches in the home and community. *Good Autism Practice (GAP)*, 9(2), 44–53. Retrieved from www.autismeducationtrust.org.uk
http://www.researchgate.net/publication/235641087%0Ahttp://www.aetraininghubs.org.uk/wp-content/uploads/2012/08/12_Support-for-families-at-home.pdf%0Ahttp://www.ingentaconnect.com/content/bild/gap/2008/0000009/00000002/ar
6. Bitsika, V., Sharpley, C. F., Andronicos, N. M., & Agnew, L. L. (2017). What worries parents of a child with Autism? Evidence from a biomarker for chronic stress. *Research in Developmental Disabilities*, 62, 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.02.003>
7. Fávero-Nunes, Maria Ângela, & Santos, Manoel Antônio dos. (2010). Depression and quality of life in mothers of children with pervasive developmental disorders. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 33-40. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000100006>

8. Posar-Annio, Visconti Paola (2017) Autism in 2016: the need for answers. *Journal of Pediatrics (Rio J)*, 93, 11-119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.09.002>
9. O'Nions, E., Happé, F., Evers, K., Boonen, H., & Noens, I. (2018). How do Parents Manage Irritability, Challenging Behaviour, Non-Compliance and Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders? A Meta-Synthesis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1272–1286. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3361-4>
10. Da Paz, N. S., & Wallander, J. L. (2017, February 1). Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review. *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.006>
11. Kim, K., Kim, J., Voight, A., & Ji, M. (2018). Listening to the screaming whisper: a voice of mother caregivers of children with autistic spectrum disorder (ASD). *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1479585>
12. Bonis, S. (2016). Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(3), 153–163. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1116030>
13. Depape, A. M., & Lindsay, S. (2015). Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qualitative Health Research*, 25(4), 569–583. <https://doi.org/10.1177/1049732314552455>
14. Mohammadi, M., & Zarafshan, H. (2014). Family function, parenting style and broader autism phenotype as predicting factors of psychological adjustment in typically developing siblings of children with autism spectrum disorders. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9(2), 55–63.
15. Gael I. Orsmond¹, and Marsha Mailick². (2004). SIBLINGS OF INDIVIDUALS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS ACROSS THE LIFE COURSE. 314 *MRDD Research Reviews* 37(4), 37–49. <https://doi.org/10.1002/mrdd>

16. Instituto Colombiano De Bienestar Familiar. Orientaciones pedagogicas para la atencion y la promocion de la inclusion de niñas y niños menores de seis años con autismo.(2007) Pfd Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cartilla-autismo-5.pdf>
17. DSM-IV. (1995). EspectroAutista.Info – Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). *Espectroautista.Info*. Retrieved from <http://espectroautista.info/criterios-diagnosticos/DSM-IV#idm258454850656>
18. American Psychiatric Association. (2013). Cautionary statement for forensic use of *DSM-5*. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
19. Organizacion Mundial de la Salud.(2018,Abril2)Trastornos del Espectro Autista.Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
20. Organizacion Mundial de la Salud.(2017) Depresion. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
21. Ministerio De Salud y proteccion Social. Protocolo clinico para el diagnostico, tratamiento y ruta de evacuacion integral de niños con trastorno del espectro autista .(Marzo 2015)
22. Aylott, J. (2001). Understanding and listening people with autism, *BRITISH JOURNAL OF NURSING*, 2001,166–172.
23. Balbuena Rivera, Francisco. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 61-81. Recuperado en 08 de mayo de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200006&lng=es&tlng=es.
24. Artigas-Pallares, Josep, & Paula, Isabel. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>
25. Garrabé de Lara, Jean. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261. Recuperado en 07 de mayo de 2019, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010&lng=es&tlng=es

26. American Psychiatric Association. Autism Spectrum Disorder. (2013) Recuperado de: <https://ghr.nlm.nih.gov/condition/autism-spectrum-disorder>
27. American Psychiatric Association. Depression. (2017 Enero) Recuperado de: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
28. Alexis, M., & Gaona, V. (2017). Revisión De Instrumentos Validados En Colombia Para El Diagnóstico Del Trastorno Del Espectro Autista.
29. Botto, Alberto, Acuña, Julia, & Jiménez, Juan Pablo. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
30. Boshoff, K., Gibbs, D., Phillips, R. L., Wiles, L., & Porter, L. (2016, November 1). Parents' voices: 'why and how we advocate'. A meta-synthesis of parents' experiences of advocating for their child with autism spectrum disorder. *Child: Care, Health and Development*. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/cch.12383>
31. Firth, I., & Dryer, R. (2013). The predictors of distress in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(2), 163–171. <https://doi.org/10.3109/13668250.2013.773964>
32. ngersoll, Brooke Meyer, Katherine Becker, Mark W. (2011) Increased rates of depressed mood in mothers of children with ASD associated with the presence of the broader autism phenotype, 4, 143-148. DOI: 10.1002/aur.170
33. Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Pérez-Marfil, M. N., Hueso-Montoro, C., Laynez-Rubio, C., & Cruz-Quintana, F. (2016). Feelings of loss and grief in parents of children diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). *Research in Developmental Disabilities*, 55, 312–321. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.05.007>

34. Chan, K. K. S., Lam, C. B., Law, N. C. W., & Cheung, R. Y. M. (2018). From child autistic symptoms to parental affective symptoms: A family process model. *Research in Developmental Disabilities*, 75, 22–31. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.02.005>
35. E.A., K., & A.A., K. (2015). Maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 313(1), 81–82.
36. Bekhet, Abir K. Johnson, Norah L. Zauszniewski, Jaclene A. Effects on Resilience of Caregivers of Persons With Autism Spectrum Disorder: The Role of Positive Cognitions. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2012.18(6):337-44. doi: 10.1177/1078390312467056.
37. Burke, M. M., Taylor, J. L., Urbano, R., & Hodapp, R. M. (2012). Predictors of future caregiving by adult siblings of individuals with intellectual and developmental disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 33–47. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.33>
38. Santos, Cristina Mamédio da Costa, Pimenta, Cibele Andrucio de Mattos, & Nobre, Moacyr Roberto Cuce. (2007). Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
39. Congreso de Colombia. (2015). PROYECTO DE LEY 083 DE 2015 CÁMARA por la cual se crea el Sistema General para la Atención Integral y Protección a Personas con Trastorno del Espectro Autista (T.E.A.) y en condiciones similares y se dictan otras disposiciones.
40. Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución titulada "Medidas integrales y coordinadas para gestionar los trastornos del espectro autista", Ginebra Mayo 2014

41. Beltrán, María del Carmen, Freyre, Miguel-Ángel, & Hernández-Guzmán, Laura. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
42. Bojorquez Chapela, Ietza, & Salgado de Snyder, Nelly. (2009). Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud mental*, 32(4), 299-307. Recuperado en 06 de mayo de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400005&lng=es&tlng=es.
43. Roa-Díaz, Zayne; Vargas-Porras, Carolina; Parra, Dora Inés. Propiedades psicométricas del Hopkins Symptom Checklis-10: Análisis Rasch en estudiantes de enfermería Colombia. *Evidentia*. 2017; vol. 14. Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/v14/e11606.php>
44. Kousha, M., Attar, H. A., & Shoar, Z. (2016). Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Health Care*, 20(3), 405–414. <https://doi.org/10.1177/1367493515598644>
45. Fávero-Nunes, M. Â., & Santos, M. A. dos. (2010). Depresión y calidad de vida en madres de niños con trastornos invasores de desarrollo. *Rev Lat Am Enfermagem*, 18(1), 33–40. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100006
46. Cohrs, A. C., & Leslie, D. L. (2017). Depression in Parents of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Claims-Based Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(5), 1416–1422. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3063-y>
47. Marshall, B., Kollia, B., Wagner, V., & Yablonsky, D. (2017). Identifying Depression in Parents of Children With Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Professional Practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(4), 23–27. <https://doi.org/10.3928/02793695-20171128-02>

48. Reed, P., Picton, L., Grainger, N., & Osborne, L. A. (2016). Impact of diagnostic practices on the self-reported health of mothers of recently diagnosed children with ASD. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph13090888>
49. Ingersoll, B., Meyer, K., & Becker, M. W. (2011). Increased rates of depressed mood in mothers of children with ASD associated with the presence of the broader autism phenotype. *Autism Research*, 4(2), 143–148. <https://doi.org/10.1002/aur.170>
50. Baker, J. K., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. (2011). Longitudinal Effects of Adaptability on Behavior Problems and Maternal Depression in Families of Adolescents With Autism. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 601–609. <https://doi.org/10.1037/a0024409>
51. Hou, Y. M., Stewart, L., lao, L. S., & Wu, C. C. (2018). Parenting stress and depressive symptoms in Taiwanese mothers of young children with autism spectrum disorder: Association with children's behavioural problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(6), 1113–1121. <https://doi.org/10.1111/jar.12471>
52. Weitlauf, A. S., Vehorn, A. C., Taylor, J. L., & Warren, Z. E. (2014). Relationship satisfaction, parenting stress, and depression in mothers of children with autism. *Autism*, 18(2), 194–198. <https://doi.org/10.1177/1362361312458039>
53. MacHado Junior, S. B., Celestino, M. I. O., Serra, J. P. C., Caron, J., & Pondé, M. P. (2016). Risk and protective factors for symptoms of anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation*, 19(3), 146–153. <https://doi.org/10.3109/17518423.2014.925519>
54. Singh, P., Ghosh, S., & Nandi, S. (2017). Subjective Burden and Depression in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder in India: Moderating Effect of Social Support. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(10), 3097–3111. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3233-y>

55. Zablotsky, B., Anderson, C., & Law, P. (2013). The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk for depression. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(8), 1946–1955. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1745-z>
56. Gatzoyia, D., Kotsis, K., Koullourou, I., Goulia, P., Carvalho, A. F., Soulis, S., & Hyphantis, T. (2014). The association of illness perceptions with depressive symptoms and general psychological distress in parents of an offspring with autism spectrum disorder. *Disability and Health Journal*
57. Falk, N. H., Norris, K., & Quinn, M. G. (2014). The Factors Predicting Stress, Anxiety and Depression in the Parents of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3185–3203. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2189-4>
58. Willis, K., Timmons, L., Pruitt, M., Schneider, H. L.,
59. Alessandri, M., & Ekas, N. V. (2016). The Relationship Between Optimism, Coping, and Depressive Symptoms in Hispanic Mothers and Fathers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(7), 2427–2440. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2776-7>
60. Taylor, J. L., & Warren, Z. E. (2012). Maternal depressive symptoms following autism spectrum diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1411–1418. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1375-x>
61. Garside, Ruth (2018) A COMPARISON OF METHODS FOR THE SYSTEMATIC REVIEW OF QUALITATIVE RESEARCH: TWO EXAMPLES USING META- ETHNOGRAPHY AND META-STUDY.11(1-22)DOI:
62. 10.1016/j.explore.2017.07.0

15. ANEXOS

Anexo 1.

M-CHAT-R/F (Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo para niños entre 1 Y 3 años)

Es un cuestionario diseñado en el año 2009 por Diana Robins más colaboradores. El cual se considera como un instrumento utilizado para evaluar el riesgo de presentar TEA, su objetivo es de aumentar la sensibilidad para detectar la Mayor casos posibles de TEA en niños entre 16 Y 30 meses de edad.

Se basa en 20 Preguntas de Respuesta Si O No (Anexo 1) hacia los padres o cuidadores que conozcan bien al niño, Cada pregunta da una puntuación la cual se sumara y al final se clasificara en:

- Bajo riesgo de 0-2 Puntos en este rango se reevaluara al niño después de cumplir los dos años de edad.
- Riesgo medio: 3-7 Puntos se realizara el M-CHAT-R el cual es un instrumento mas completo con preguntas con respuesta de PASA, NO PASA, Las cuales darán un resultado Positivo o negativo posterior a esto dependiendo el resultado se enviara a evaluación de diagnostico para definir si el niño debe iniciar intervención temprana, (Positivo cuando el padre evidencia la presencia de dos items positivos)
- Alto riesgo 8-20 Puntos en este casi se remite inmediatamente para Diagnostico e intervención temprana.

1.	Si usted indica algo al otro lado de la pieza, ¿su hijo/a mira al objeto? (Por ejemplo: si usted señala un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo lo mira?)	SÍ	NO
2.	¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo?	SÍ	NO
3.	¿Su hijo/a realiza juegos de fantasía o imaginación? (Por ejemplo: ¿hace como si bebiera de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche?)	SÍ	NO
4.	¿A su hijo/a le gusta subirse a cosas? (Por ejemplo: a una silla, a una escalera o a un resbalín)	SÍ	NO
5.	¿Su hijo/a hace movimientos raros con sus dedos frente a sus propios ojos?	SÍ	NO
6.	¿Su hijo/a indica o apunta con el dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (Por ejemplo: señala un juguete o algo para comer que no puede alcanzar o tomar)	SÍ	NO
7.	¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (Por ejemplo: señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SÍ	NO
8.	¿Su hijo/a muestra interés en otros niños? (Por ejemplo: mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca)	SÍ	NO
9.	¿Su hijo le muestra o acerca cosas para que usted las vea - no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (Por ejemplo: le muestra una flor, un peluche o un coche de juguete)	SÍ	NO
10.	¿Su hijo/a responde cuando usted lo llama por su nombre? (Por ejemplo: se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que está haciendo para mirarle)	SÍ	NO
11.	¿Cuándo usted le sonrío a su hijo/a, él/ella también le sonrío?	SÍ	NO
12.	¿Le molestan a su hijo/a los ruidos comunes? (Por ejemplo: el ruido de la aspiradora o de la música, incluso cuando no está excesivamente alta)	SÍ	NO
13.	¿Su hijo/a camina solo?	SÍ	NO
14.	¿Su hijo/a lo mira a los ojos cuando usted le habla, lo viste o juega con él/ella?	SÍ	NO
15.	¿Su hijo/a imita sus movimientos? (Por ejemplo: decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	SÍ	NO
16.	Si usted se da vuelta a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	SÍ	NO
17.	¿Su hijo/a intenta que usted lo mire o le preste atención? (Por ejemplo: le dice a usted "mira" o "mírame" o busca que usted lo felicite)	SÍ	NO
18.	¿Su hijo/a le entiende cuando usted le pide que haga algo sin hacerle ningún gesto? (Por ejemplo: su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta")	SÍ	NO
19.	Si ocurre algo que llame la atención de su hijo/a, ¿él/ella lo mira a usted para ver su reacción? (Por ejemplo: si escucha un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se da vuelta para ver su cara?)	SÍ	NO
20.	¿Le gustan a su hijo/a los juegos con movimiento? (Por ejemplo: le gusta que lo balancee en el columpio o que juegue al "caballito" sentándolo en sus rodillas)	SÍ	NO

© 2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Adaptación en Chile:
Grupo TEA Pontificia Universidad Católica de Chile 2016

ANEXO 2

2.Escalas Utilizadas encontradas durante la revisión

- Inventario de Depresión de Beck-II

Tiene una Sensibilidad de 87.5% y Especificidad 98.2% para depresión.

Es una herramienta eficaz para medir el estado de ánimo depresivo y se utiliza para investigar la gravedad de la depresión en adolescentes y adultos. Contiene 21 elementos, cada respuesta se puede calificar en un valor de escala de 0–3.

La puntuación total de BDI-II es 63, una puntuación más alta significa una mayor gravedad. Las puntuaciones de 0 a 13 significan una depresión mínima, las puntuaciones de 14 a 19 sugieren una depresión leve, las puntuaciones de 20 a 28 representan una depresión moderada y las puntuaciones superiores a 29 significan depresión grave.

Preguntas o Items	1	2	3
1. Tu deseo de vivir es:			0.72
2. Tu deseo de morir es:			0.64
3. Para ti, ¿es preferible vivir que morir, o morir que vivir?			0.81
4. ¿Has pensado firmemente en quitarte la vida?	0.78		
5. [Pregunta eliminada]			
6. ¿Qué tanto tiempo piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?		0.74	
7. ¿Qué tan seguido piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?		0.78	
8. Cuando tienes esos pensamientos, ¿qué haces con ellos?	0.43	0.55	
9. Cuando has tenido pensamientos de morir[...]*		0.69	
10. ¿Hay algún motivo que te haya detenido para llevar a cabo tus deseos de quitarte la vida?		0.49	0.44
11. ¿Qué razones tendrías para llevar a cabo un intento?	0.85		
12. ¿Has planeado la forma en que te podrías quitar la vida?	0.57	0.56	
13. ¿Qué tan difícil te sería conseguir lo necesario para llevar a cabo el intento?	0.54	0.46	
14. ¿Crees que podrías llevar a cabo un intento?	0.54	0.45	
15. ¿Has pensado en las consecuencias que tendría el que acabaras con tu vida?	0.87		
16. Últimamente, ¿has preparado y planeado cómo quitarte la vida?		0.66	
17. ¿Últimamente has escrito o pensado enviar a alguien una nota donde des a conocer los motivos por los cuales deseas terminar con tu vida?		0.58	
18. Actualmente, ¿has pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de tus bienes?	0.89		
19. Actualmente, ¿has dejado entrever tus intenciones de quitarte la vida?	0.75		
20. ¿Has intentado suicidarte con anterioridad?	0.4	0.46	
21. ¿Qué tanto es tu deseo de morir en esta ocasión en comparación con la última vez que lo intentaste?		0.63	

- Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS),

Tiene sensibilidad 85 %y especificidad 75% evalúa el nivel de depresión en pacientes en población clínica o en población general. Hay 20 items en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Además tiene 10 preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80. 25-49 normal 50-59 Ligeramente deprimido 60-69 Moderadamente deprimido 70 o más Severamente deprimido

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

- Escala :Center for Epidemiological Studies–depression (CES–D)

Tiene una sensibilidad del 100% y Especificidad del 88%, evalúa la frecuencia con la que se aplicaron cada una de las 20 declaraciones en la última semana, de 1 (rara vez o ninguna de las veces, menos de 1 día) a 4 (la mayoría o todo el tiempo, 5-7). días). Las puntuaciones CES-D de 16 o más indican síntomas clínicamente significativos de depresión.

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), NIMH

Below is a list of the ways you might have felt or behaved. Please tell me how often you have felt this way during the **past week**. Circle **one** number on each line.

	During the Past Week			
	Rarely or none of the time (less than 1 day)	Some or a little of the time (1–2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3–4 days)	All of the time (5–7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me	0	1	2	3
2. I did not feel like eating; my appetite was poor	0	1	2	3
3. I felt that I could not shake off the blues even with help from my family or friends	0	1	2	3
4. I felt I was just as good as other people	0	1	2	3
5. I had trouble keeping my mind on what I was doing	0	1	2	3
6. I felt depressed	0	1	2	3
7. I felt that everything I did was an effort	0	1	2	3
8. I felt hopeful about the future	0	1	2	3
9. I thought my life had been a failure	0	1	2	3
10. I felt fearful	0	1	2	3
11. My sleep was restless	0	1	2	3
12. I was happy	0	1	2	3
13. I talked less than usual	0	1	2	3
14. I felt lonely	0	1	2	3
15. People were unfriendly	0	1	2	3
16. I enjoyed life	0	1	2	3
17. I had crying spells	0	1	2	3
18. I felt sad	0	1	2	3
19. I felt that people dislike me	0	1	2	3
20. I could not get "going"	0	1	2	3

- Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS)

Evalúa los síntomas en los padres, consta de 14 elementos, 7 de los cuales se utilizan para evaluar la ansiedad (HADS-A) y 7 para evaluar la depresión (HADS-D). Cada ítem recibe una puntuación que varía de 0 a 3, lo que da como resultado una puntuación global máxima de 21 puntos para cada subescala y 42 para la escala completa.

Sensibilidad y especificidad del 93,7% y 72,6%, respectivamente, para la ansiedad y del 84,6% y 90,3%, respectivamente, para la depresión

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda.
 Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
 No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:
 3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:
 0) Ciertamente igual que antes 1) No tanto como antes 2) Solamente un poco 3) Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
 3) Sí, y muy intenso 2) Sí, pero no muy intenso 1) Sí, pero no me preocupa 0) No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
 0) Igual que siempre 1) Actualmente algo menos 2) Actualmente mucho menos 3) Actualmente en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
 3) Casi todo el día 2) Gran parte del día 1) De vez en cuando 0) Nunca

D.3. Me siento alegre:
 0) Nunca 1) Muy pocas veces 2) En algunas ocasiones 3) Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:
 0) Siempre 1) A menudo 2) A veces 3) Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:
 3) Gran parte del día 2) A menudo 1) A veces 0) Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:
 0) Nunca 1) Sólo en algunas ocasiones 2) A menudo 3) Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:
 3) Completamente 2) No me cuido como debería hacerlo
 1) Es posible que no me cuido como debiera 0) Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:
 3) Realmente mucho 2) Bastante 1) No mucho 0) En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:
 0) Como siempre 1) Algo menos que antes 2) Mucho menos que antes 3) En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:
 3) Muy a menudo 2) Con cierta frecuencia 1) Raramente 0) Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:
 0) A menudo 1) Algunas veces 2) Pocas veces 3) Casi nunca

Puntuación HAD-A: 1) < 7 2) 8-10 3) > 11 **Puntuación HAD-D:** 1) < 7 2) 8-10 3) > 11

- PHQ-9

Evaluación de la depresión cuyos elementos específicos establecen basada en criterios del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor (TDM). Califica la frecuencia de los síntomas en las últimas 2 semanas en una escala tipo Likert 0-3; los puntajes sumados varían de 0 a 27.

Sensibilidad del 81,2% y una especificidad del 86,8% para evaluar el TDM;

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un " " para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING: 0 + + +

=Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

- MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos. Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, evalúa el TDM, el riesgo de suicidio, y el trastorno depresivo crónico/ distimia. Sensibilidad y especificidad conjunta de 85%.

- DASS-21 DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALE

evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones

Sensibilidad y especificidad para depresión de 88% y 86%.

Cada ítem se responde de acuerdo a la presencia e intensidad de cada síntoma en la última semana en una escala de respuesta de 0 a 3 puntos. Cada escala tiene siete ítems y su puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos.

Name: _____ Date: _____

Please read each statement and circle a number 0, 1, 2 or 3 which indicates how much the statement applied to you over the past week. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any statement.

The rating scale is as follows:

- 0 Did not apply to me at all
- 1 Applied to me to some degree, or some of the time
- 2 Applied to me to a considerable degree, or a good part of time
- 3 Applied to me very much, or most of the time

1. I found it hard to wind down	0	1	2	3
2. I was aware of dryness of my mouth	0	1	2	3
3. I couldn't seem to experience any positive feeling at all	0	1	2	3
4. I experienced breathing difficulty (e.g., excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1	2	3
5. I found it difficult to work up the initiative to do things	0	1	2	3
6. I tended to overreact to situations	0	1	2	3
7. I experienced trembling (e.g., in the hands)	0	1	2	3
8. I felt that I was using a lot of nervous energy	0	1	2	3
9. I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself	0	1	2	3
10. I felt that I had nothing to look forward to	0	1	2	3
11. I found myself getting agitated	0	1	2	3
12. I found it difficult to relax	0	1	2	3
13. I felt down-hearted and blue	0	1	2	3
14. I was intolerant of anything that kept me from getting on with what I was doing	0	1	2	3
15. I felt I was close to panic	0	1	2	3
16. I was unable to become enthusiastic about anything	0	1	2	3
17. I felt I wasn't worth much as a person	0	1	2	3
18. I felt that I was rather touchy	0	1	2	3
19. I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion (e.g., sense of heart rate increase, heart missing a beat)	0	1	2	3
20. I felt scared without any good reason	0	1	2	3
21. I felt that life was meaningless	0	1	2	3

- Hopkins Symptom Checklist-25 HSCL-25

Sensibilidad 89% Especificidad de 73% un instrumento de detección bien conocido y ampliamente utilizado mide los síntomas de ansiedad y depresión. Consta de 25 artículos: la Parte I de HSCL-25 tiene 10 artículos para los síntomas de ansiedad; La parte II tiene 15 artículos para los síntomas de depresión. La escala para cada pregunta incluye cuatro categorías de respuesta ("En absoluto", "Un poco", "Bastante", "Extremadamente", calificadas de 1 a 4, respectivamente). la puntuación de la depresión se correlaciona con la depresión mayor, tal como se define en el Manual estadístico y de diagnóstico de la American Psychiatric Association, versión IV (DSM). -IV) .4

