



Presencia de desesperanza en adolescentes atendidos en el CHPR durante el mes de mayo del 2021 y su vivencia de la pandemia por COVID19.

Ciclo de Metodología Científica II - 2021

Grupo 24

Universidad de la República - Facultad de Medicina

Centro Hospitalario Pereira Rossell

AUTORES

Alvarez, Antonella

Pérez, Diego

Rodriguez, Kihara

Segura, Romina

Sosa, Agustina

Suárez, María José

ORIENTADORES RESPONSABLES

Dra. Adriana Martínez ²

Dra. Lucía Villalba ³

Dra. Natalia Tailanian ³

1- Estudiante de Facultad de Medicina, Universidad de la República.

2- Profesora agregada de Psiquiatría Pediátrica, del Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2021.

3- Asistente de Psiquiatría Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell, 2021.

**“No sentía ni frío, ni calor, no estaba triste, mucho menos feliz, sentía esa presión en el pecho.
Me sentía vacía otra vez...”**

Anónimo

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	5
Marco teórico.....	6
Objetivos del proyecto.....	11
Metodología.....	12
Recursos necesarios.....	13
Resultados.....	14
Discusión.....	21
Conclusiones.....	22
Cronograma.....	23
Presupuesto.....	23
Bibliografía.....	24
Anexos.....	27

Índice de figuras y tablas

Total de pacientes.....	14
Pacientes que no atendieron.....	14
Pacientes que deciden no atender.....	14
Distribución por sexo.....	15
Procedencia de los pacientes.....	15
Motivo de consulta.....	15
Rendimiento escolar.....	15
Tratamiento psicológico.....	16
Restricciones por pandemia.....	17
Adaptación educativa en la pandemia.....	17
Repercusiones por COVID19.....	18
Tabla 1 - Escala de Beck.....	18
Gráfica - Escala de Beck.....	19
Conductas ansiosas.....	19
Conductas depresivas.....	20

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo estimar las conductas de riesgo suicida en adolescentes atendidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el mes de Mayo del año 2021 y su asociación con la percepción de aislamiento y restricciones durante la pandemia. Se realizará un estudio de corte transversal, descriptivo y observacional, en el que serán incluidos niños y adolescentes entre 11 y 14 años y 11 meses que hayan consultado en el servicio de emergencia en el período de tiempo comprendido entre el 1 y 31 de Mayo. Para poder llevar a cabo el mismo, se aplicarán dos cuestionarios por vía telefónica: la escala de Desesperanza de Beck, que ha demostrado en varios estudios internacionales y nacionales su validez como posible predictor de riesgo suicida en niños y adolescentes y un cuestionario auto-confeccionado con el objetivo de conocer y analizar variables acerca de la percepción del aislamiento y restricciones durante la pandemia causada por COVID19.

Palabras claves: Riesgo suicida, pandemia, desesperanza, niños y adolescentes.

Abstract

The aim of this study is to estimate suicidal risk behaviors in adolescents seen at the Centro Hospitalario Pereira Rossell during the month of May 2021 and their association with the perception of isolation and restrictions during the pandemic. A cross-sectional, descriptive and observational study will be conducted, in which children and adolescents between 11 and 14 years and 11 months who have consulted the emergency department in the period between May 1 and 31 will be included. In order to carry out the study, two questionnaires will be applied by telephone: The Beck Hopelessness scale, which has been shown in several international and national studies to be valid as a possible predictor of suicidal risk in children and adolescents, and a self-designed questionnaire aimed at identifying and analyzing variables related to the perception of isolation and restrictions during the pandemic caused by COVID19.

Keywords: Suicidal risk, pandemic, hopelessness, children and adolescents.

INTRODUCCIÓN

El suicidio está definido según la OMS como “el resultado de un acto deliberadamente emprendido o ejecutado por una persona con pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal” (OMS, 2001a:37) ¹ Por otra parte, el intento suicida “se refiere a las acciones no fatales o a los preparativos destinados a causar la muerte. El acto suicida puede haber sido abandonado, interrumpido o puede haber fracasado.”²

Cabe agregar que el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años a nivel mundial y más del 20% de los adolescentes sufren trastornos mentales que pueden llevar a esto mismo.³ Considerando igualmente la información más cercana a nosotros proveniente del Ministerio de Salud Pública, el mismo informa que durante la pandemia en el año 2020 los

principales motivos de consulta en esta franja etaria fueron por síntomas de depresión, ansiedad, sentimientos de soledad y aislamiento, búsqueda de orientación y escucha, temor por cuestiones relacionadas al Covid19 y problemas de convivencia familiar.⁴ Queda en evidencia que la problemática de la salud mental, en particular la de los jóvenes, ha permanecido hasta hace algunos años invisibilizada, lo que está tendiendo actualmente a modificarse con un mayor esfuerzo dirigido hacia la prevención. Esta invisibilización estuvo reforzada por la estigmatización de los problemas de salud mental, la discriminación a quienes los padecen y la imagen social que se tiene sobre la salud de los jóvenes. (OMS, 2001a, Rego y González, 2006).¹

Considerando lo anteriormente mencionado y entendiendo que esto pueda agravarse debido a la situación sanitaria a nivel mundial, en este trabajo se busca identificar algunos factores de riesgo conocidos para las conductas auto-lesivas en niños y adolescentes, y explorar el impacto que ha tenido la pandemia por covid 19 en la población estudiada, desde la vivencia intrafamiliar al aislamiento.

Cabe mencionar que al finalizar el proyecto los resultados obtenidos se utilizarán con la finalidad de proyectar intervenciones futuras destinadas a la prevención del IAE y el suicidio, difundiendo la información recabada por ejemplo mediante ilustraciones o actividades interactivas, de modo que podamos brindar herramientas que mejoren la calidad de vida y la realidad de nuestra población objetivo.

En aquellas situaciones que ameriten una intervención en salud mental, serán derivadas al tratamiento correspondiente.

MARCO TEÓRICO

Adolescencia y salud mental

La adolescencia es un término definido según la OMS como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”⁵. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por múltiples cambios físicos, emocionales y sociales. Podemos entender así a la adolescencia como una etapa establecida en una construcción social, con claros indicadores evolutivos que se definen acerca de su trayectoria. Son ejemplos la madurez sexual y reproductiva, la formación de la identidad, pensamiento formal hipotético-deductivo y otros indicadores psicosociales de acuerdo al desarrollo individual. Desde esta amplia perspectiva, queda en evidencia que la adolescencia es un período de crecimiento, exploración y exposición. Los adolescentes pueden crear, conocer y reconocer factores protectores; así como también pueden verse expuestos a múltiples factores de riesgo y posibles comportamientos riesgosos.

Los factores que determinan la salud mental del adolescente en cada momento son múltiples. Si están expuestos a muchos factores de riesgo, mayores serán los efectos negativos que pueden tener sobre su salud mental. La adolescencia es esa etapa donde comienza la búsqueda por una mayor autonomía, donde comienzan a explorar su identidad sexual y donde muchas veces, los

adolescentes pueden sentirse presionados a encajar entre sus pares. Esto puede generar estrés, angustia y diversos sentimientos, que podrán resultar desconocidos hasta el momento y afectar aún más a aquellos niños y adolescentes que están expuestos a ciertos determinantes, tales como, la pobreza, discriminación, el abuso o la violencia intrafamiliar y coexistencia de otras patologías, lo que hace que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental ⁶. Los trastornos mentales se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y la relación con los demás. Entre los que se destacan la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la discapacidad intelectual y los trastornos del desarrollo como el autismo ⁷.

Además, debemos recordar cuán presente está la tecnología en sus vidas. Esto facilita tanto la comunicación como la información entre los adolescentes; también facilita la imposición de normas de género que pueden exacerbar la discrepancia entre la realidad que vive el adolescente y sus percepciones o aspiraciones al futuro. Otros determinantes importantes de la salud mental de los adolescentes son la calidad de su vida doméstica y las relaciones con sus compañeros. La violencia y los problemas socioeconómicos constituyen riesgos conocidos para la salud mental. Los niños y los adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia sexual, que tiene claros efectos perjudiciales sobre la salud mental.

Esto genera gran impacto en la salud general y el desarrollo del adolescente, viéndose que los más jóvenes pueden desarrollar síntomas físicos relacionados con su situación emocional como dolor de estómago, náuseas o cefaleas, y trastornos en la conducta como dificultad para atender, hiperactividad, irritabilidad, frustración, enojo y trastornos del sueño. Los mayores tienden a vincularse a problemas sanitarios y sociales, como, por ejemplo: trastornos alimentarios, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas, embarazo adolescente, abandono y fracaso académico, sumado a conductas delictivas ⁶.

Entre las patologías anteriormente mencionadas encontramos el trastorno distímico el cual se define como “Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año” ⁸. (DSM-IV- TR). Durante los períodos de estado de ánimo depresivo, se presentan al menos 2 de los siguientes síntomas adicionales: falta de apetito o comer en exceso, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, poca concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Se estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales ⁶ y que la mitad de los mismos desarrollan los primeros síntomas antes de los 14 años, pero no son diagnosticados ni tratados adecuadamente, constituyendo la segunda principal causa de morbilidad. En esto se basan las campañas organizadas por la OMS para lograr prevenir, detectar y tratar estas

enfermedades combinando tratamientos terapéuticos y farmacológicos, siendo eficaces en la mayoría de los adolescentes ⁹

Intento de autoeliminación en la adolescencia

El intento de autoeliminación (IAE) es el acto cuyo principal cometido es dar fin a la existencia de sí mismo. Éste puede ser un acto expresado por la persona o bien ser el resultado del diagnóstico de un profesional de la salud ¹⁰. El IAE puede haber sido abandonado, interrumpido o puede haber fracasado ¹. En menores de 15 años son un motivo de consulta frecuente en el ámbito de la psiquiatría pediátrica, sobre todo en la urgencia ¹¹.

Dentro de los factores de riesgo asociados a las conductas suicidas, el más importante es el intento de autoeliminación previo. Luego podemos encontrar las relaciones interpersonales conflictivas, abuso físico o sexual, pérdidas afectivas ¹¹, adicciones, desesperanza, antecedentes familiares de suicidio, bajo rendimiento escolar, aislamiento social, bullying y determinados trastornos mentales (depresión, esquizofrenia, ansiedad) ¹².

Es importante mencionar el rol de la genética en la conducta suicida. Los estudios revelan que el suicidio tiene un componente genético, que puede aumentar el riesgo personal.

Las investigaciones genéticas, incluido los estudios en gemelos, muestran una influencia genética en muchas afecciones psiquiátricas, tales como las tendencias suicidas. Si bien los estudios demuestran que ciertos genes específicos, como el llamado alelo Met de BDNF, pueden aumentar el riesgo para suicidio, es más probable que una gama de genes afecten las conexiones y las vías de comunicación dentro del cerebro y que eso repercuta sobre el riesgo de suicidio.

Además, en los últimos años, la epigenética ha contribuido en el estudio y conocimiento de muchas enfermedades. La epigenética hace referencia, en un sentido amplio, al estudio de todos aquellos factores no genéticos que intervienen en la determinación de la ontogenia. Ha sido definida como los cambios heredables en la expresión génica, los cuales ocurren sin una alteración en la secuencia de nucleótidos del ácido desoxirribonucleico. También entra en escena al considerar el efecto de los genes sobre el suicidio. Ese proceso controla cuándo se encienden y apagan ciertos genes durante el crecimiento y desarrollo de alguien, pero también lo que ocurre en el entorno de esa persona puede influir sobre el proceso.

Por ejemplo, cuando alguien atraviesa por un momento difícil en la infancia, esa experiencia puede repercutir sobre cómo y cuándo se activa un gen dentro del cerebro de esa persona. Por ello, los investigadores especulan si las experiencias negativas que influyen sobre la epigenética de alguien con antecedentes familiares de suicidio pueden agregar algo más al riesgo de suicidio de ese individuo.

Por otra parte, la asociación entre población LGBT y riesgo suicida ha sido entendida desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud. Al respecto, se señala que la población LGBT se ve altamente afectada por problemas de salud mental relacionados con el estigma y la discriminación.

La consideración de la orientación sexual y la identidad de género como un determinante de la salud en términos generales y, específicamente, como una condición de riesgo para la ideación e intento suicida, obliga el desarrollo de un conocimiento culturalmente sensible sobre esta problemática de salud. Haas et al. (2010) recomiendan promover la inclusión de preguntas sobre orientación sexual e identidad de género en la investigación sobre suicidio y riesgo suicida, así como también la implementación de estudios para determinar qué aspectos de la vida de las personas LGBT se relacionan más fuertemente con problemáticas de salud mental. Asimismo, plantean la necesidad de hacer visibles las necesidades de salud mental de las personas LGBT para promover el diseño de intervenciones específicas y pertinentes.

Los estudios epidemiológicos muestran resultados que agregan evidencia a lo planteado por la literatura previa en relación a los malos indicadores de salud mental y a la alta incidencia y prevalencia de comportamientos suicidas (ideación e intentos) en poblaciones LGBT. Específicamente, se replican los hallazgos previos que señalan que el riesgo suicida es mucho mayor en estas poblaciones al compararlas con población heterosexual y que las poblaciones LGBT presentan una mayor probabilidad de intentos suicidas.

Por otro lado, contar con apoyo en situaciones difíciles, la buena funcionalidad familiar, la autoestima o sentirse bien consigo mismo, la escolaridad y los vínculos afectivos o sociales han sido demostrados como factores protectores ¹³.

Es importante destacar que las ideas y los intentos suicidas son más comunes en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, son estos últimos los que llevan a cabo el acto suicida con más frecuencia ¹³.

En cuanto a los métodos utilizados para el IAE, se encuentra la ingesta de fármacos (45% benzodiacepinas, 25% múltiples fármacos, 13% otros psicofármacos), heridas de arma blanca, semi-ahorcamiento ¹¹, uso de armas de fuego, saltar desde lugares de gran altura, autoenvenenamiento ¹.

Suicidio

"Cada suicidio es una tragedia personal que se lleva prematuramente la vida de una persona, tiene una onda expansiva continua y afecta enormemente a las vidas de familias, amigos y comunidades" ¹³. Cada año alrededor del mundo, se quitan la vida unas 800.000 personas, concertando una problemática de salud pública a nivel mundial ¹³.

“Se estima que alrededor de un 20% de todos los suicidios se cometen por auto-intoxicación con plaguicidas. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego. El conocimiento de los métodos de suicidio más comunes es importante para elaborar estrategias de prevención basadas en medidas de eficacia probada, entre ellas la restricción del acceso a los medios de suicidio” ¹³.

Dentro del proceso que lleva a una persona al suicidio, se encuentran la *ideación suicida*, la cual corresponde al pensamiento e idea de quitarse la vida, la misma se podría dividir en ideación suicida pasiva (querer estar muerto), y la ideación suicida activa (pensar en suicidarse o la metodología a utilizar con ese fin), también el *intento de autoeliminación*, explicado anteriormente, siendo la *muerte por suicidio* la efectividad del intento en sí, donde la persona termina con su vida, siendo constatada por el médico forense ¹⁴.

Suicidio adolescente

El suicidio en la etapa adolescente ocupa un lugar importante dentro de las causas de muerte en la población joven, especialmente en la franja etaria de los 15 a 19 años ¹³.

"El aumento más pronunciado del número de muertes por suicidio a lo largo de la vida se produce entre la adolescencia temprana y la edad adulta joven" ¹⁵. El suicidio posee ciertas tendencias para una mayor presencia, afectando más a varones que a mujeres y generalmente personas con un nivel socioeconómico bajo ¹⁶.

El riesgo de suicidio aumenta en la medida que la persona no accede a la ayuda pertinente ¹³. En el comienzo del año 2020 la sociedad comienza a enfrentar una pandemia a nivel mundial que ha dificultado aún más el acceso a los profesionales de la salud que puedan ayudar ¹⁵.

Pandemia por COVID-19

El concepto de pandemia se define como el "conjunto de epidemias de enfermedades infecciosas que se han extendido a muchos países, a menudo a más de un continente, y que suelen afectar a un gran número de personas" ¹⁷.

Respecto a la pandemia por Covid-19, la misma tuvo comienzo en la ciudad de Wuhan, en el sureste de China, aproximadamente en diciembre de 2019. Fue allí donde se reportaron los primeros casos de neumonía de etiología desconocida y en enero del año 2020, se identificó una nueva cepa de coronavirus que no se había identificado previamente en humanos como la causa del brote. Fue declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020 y desde entonces se conoce al nuevo coronavirus, como COVID-19. Las medidas de distanciamiento social se convirtieron en el componente central de la respuesta de las autoridades de salud pública de todo el mundo para frenar la pandemia. Estas medidas fueron principalmente intervenciones físicas (higiene personal, barreras y distanciamiento) ya que en ese entonces no se disponía de vacunas ni fármacos específicos ¹⁸. Con respecto al impacto de la pandemia en la población uruguaya se evidenció, mediante un estudio en línea realizado en Uruguay en marzo del 2020 a padres con hijos menores de 18 años ¹⁹, que la población con nivel socioeconómico bajo presentó una mayor dificultad al momento de enfrentarse a las medidas de distanciamiento social dispuestas para contener el brote de COVID 19 (por ejemplo: la no concurrencia a centros educativos y el reemplazo mediante clases online a las que no todos pueden acceder, al igual que a la imposibilidad de asistir a comedores comunitarios, entre otros), y no solo en el ámbito económico sino también en lo emocional, ya que provocó un cambio en la rutina diaria de la

población generando preocupación, miedo, estrés, ansiedad y aburrimiento, esto puso en perspectiva la importancia de brindar apoyo psicológico a esta población además del apoyo económico para lograr disminuir este impacto negativo que está generando la pandemia en la salud mental de las personas.

Por otra parte, la respuesta de niños y adolescentes ante esta situación, según lo registrado se han establecido tres grupos en cuanto a la presentación sintomática en función del estado mental previo al COVID-19. Los que no padecían ningún tipo de trastorno mental serían el grupo de “infancia y adolescencia normal” en los cuales se da un mecanismo reactivo-adaptativo con la pandemia, expresado por un estado de alarma, sensación de incomodidad y desasosiego importantes. En un segundo grupo se considera que los sujetos ya estaban predispuestos de cierta forma, por lo que la situación epidemiológica logra desencadenar algún tipo de trastorno mental que se encontraba latente. El tercer grupo es aquel que ya contaba con una patología de carácter mental (sea TEA, TDAH, trastorno del comportamiento, TCA, etc.), por lo que esta condición adherida a la situación por COVID-19 logra desencadenar una descompensación del proceso, con mayor o menor virulencia sintomática y/o comportamental²⁰.

En nuestro país se han puesto en marcha diferentes planes para afrontar la problemática en cuanto a salud mental, con el propósito de generar un cambio cultural respecto a las enfermedades mentales que reduzcan los estigmas existentes, facilitando la información, accesibilidad y oportunidad de la atención en salud basada en la equidad, intersectorialidad, eficiencia, efectividad, continuidad de la atención, con una perspectiva desde los recursos humanos.

Una de las variadas acciones que se han propuesto realizar según el Plan Nacional de Salud Mental 2020 - 2027²³ es elaborar e implementar guías de tratamientos basados en la mejor evidencia científica disponible para asegurar la calidad de la atención en el abordaje del riesgo suicida. Otra acción que ya se ha puesto en marcha ante la situación de pandemia en la que nos encontramos sumergidos, es brindar apoyo mediante el establecimiento de una línea telefónica de apoyo emocional (0800 1920) que funciona los 365 días del año, las 24 horas del día.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Conocer la presencia de riesgo de presentar conductas autolesivas (en función del nivel de desesperanza) y la percepción de aislamiento y restricción por la pandemia en niños y adolescentes que consultaron en el Departamento de Emergencia del Hospital Pereira Rossell (CHPR).

Objetivos Específicos

1. Describir características sociodemográficas, emocionales y comportamentales de la población estudiada.

2. Determinar los niveles de desesperanza en la escala de Beck, considerado factor de riesgo para conductas auto-lesivas.
3. Evaluar la percepción de aislamiento y restricción por la pandemia por COVID-19.
4. Elaborar recomendaciones destinadas a la prevención de las conductas autolesivas con especial énfasis en la situación de pandemia.

METODOLOGÍA

Diseño: Se propone un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, que incluye la aplicación de dos cuestionarios (escala de Beck y cuestionario auto confeccionado sobre variables demográficas y percepción de aislamiento y restricción por la pandemia), realizados en forma telefónica a niño/a y adolescentes .

Población y muestra

Población: Niños y adolescentes de 11 a 14 años y 11 meses que consultan en Departamento de Emergencia del CHPR durante el mes de mayo de 2021 y que no se encuentran internados al momento del contacto (n=468).

Se definió una muestra de 210 pacientes a través del programa excel.

Criterios de inclusión

- Niños/as y adolescentes de 11 a 14 años y 11 meses que consultan DEP del CHPR desde el día 1 hasta el 31 de mayo del 2021.

Criterios de exclusión

- Pacientes que se encuentren internados al momento del estudio.
- Pacientes con afectación cognitiva o médica que no puedan responder el cuestionario al momento de su aplicación.
- Pacientes que se nieguen a realizar el estudio.
- Hijos de padres y/o tutores que se nieguen a la autorización mediante consentimiento informado.

El criterio de selección es por conveniencia y está definido por los criterios de inclusión, lo que define el tamaño de la muestra.

Consideraciones éticas:

Se solicitará autorización a Dirección de CHPR y aprobación por parte del Comité de Ética de esta institución, con el fin de obtener acceso a la información patronímica de los pacientes que permitan contactarlos mediante vía telefónica. Al inicio de dicho contacto, se solicitará el consentimiento informado del padre/madre/tutor y el asentimiento del adolescente.

Variables:

Se consideran variables cualitativas como sexo, procedencia, escolaridad, niveles de desesperanza y niveles de severidad de percepción de aislamiento y restricción por COVID-19.

Instrumentos de recolección de datos

Se utilizarán dos escalas:

1) Escala de Beck que mide desesperanza, conocido factor de riesgo para conductas autolesivas y riesgo suicida. “Se trata de una escala breve que consta de 20 afirmaciones con respuesta verdadero o falso. Su aplicación tarda entre 5 a 10 min aproximadamente. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto y los que no, con 0 puntos, siendo el puntaje máximo de 20 puntos. Beck y Steer, han propuesto la escala de puntajes: 0-3: rango normal o asintomático; 4-8 Leve; 9-14 Moderado; y 15-20 Severo. Se ha observado que un puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida. Para este estudio se adaptó la versión española, la que ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios previos realizados en Latinoamérica” (4).

Nombre: Presencia de desesperanza.

Concepto: Constructo determinado por puntuación en Escala de Beck.

Operacionalización: Se le solicitará al entrevistado que complete en forma telefónica las preguntas del cuestionario de Beck. Según puntaje se realizan 3 categorías: Desesperanza grado normal, moderado y severo.

2) Cuestionario confeccionado por los investigadores destinado a relevar el impacto de la pandemia, a través de la percepción del grado aislamiento y restricciones experimentados y la pérdida de las características de la “vida anterior”. Se relevarán también variables psicosociales (edad, sexo, procedencia, escolaridad, rendimiento escolar), emocionales presentes al momento actual (síntomas depresivos, ansiosos, conductuales y conductas basales) y hábitos comportamentales (uso de pantallas).

Nombre: Percepción de aislamiento y restricción por pandemia COVID-19

Concepto: Constructo que se determina a través de cuestionario auto-confeccionado.

Operacionalización. Se determinan 3 niveles de gravedad de aislamiento y restricción según puntaje, de 1 a 4: leve, de 5 a 8: moderado, de 9 a 12: severo.

Plan de tabulación y análisis:

Se registran los datos en excel en forma anonimizada y se analizarán a través de excel y SPSS.

RECURSOS NECESARIOS

Se realizará en forma telefónica.

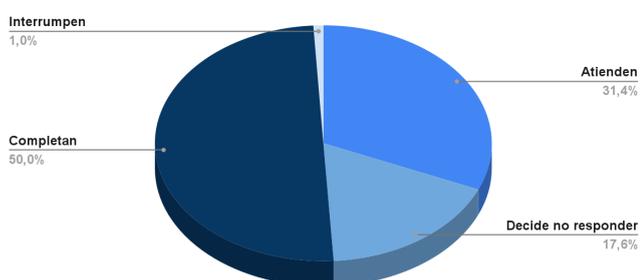
RESULTADOS

Durante el mes de mayo de 2021, 468 pacientes ingresaron en el Pereira Rossell. Fueron seleccionados 210 pacientes para el estudio. De estos, el 31,4 % (66) respondieron la encuesta. De los que no respondieron, el 50% (105) no atendieron la llamada telefónica, 17,6% (37) no quisieron responder la encuesta y 1% (2) responden algunas preguntas e interrumpen la entrevista. (Gráfico 1)

De los pacientes que no atendieron, el 79% había consultado por causa médica, el 10% por causa psiquiátrica, el 9% por causa social y el 2% por causa indeterminada. (Gráfico 2)

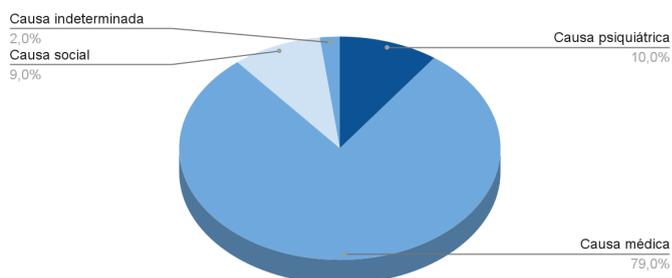
Total de pacientes

Gráfico 1



Pacientes que no atendieron

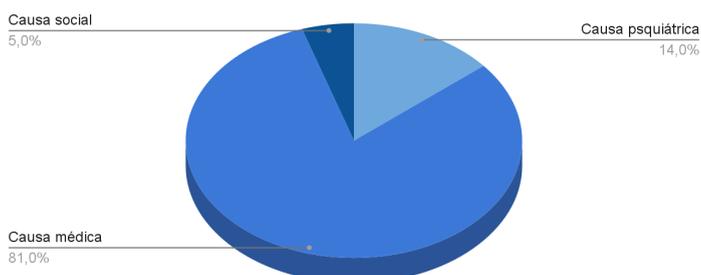
Gráfico 2



Por otro lado, los pacientes que decidieron no responder, habían consultado en un 81% por causa médica, un 14% por causa psiquiátrica y un 5% por causa social. (Gráfico 3)

Pacientes que deciden no responder

Gráfico 3



En cuanto a los datos descriptivos de la población estudiada, de los que respondieron fueron en su mayoría mujeres (59%) como se puede visualizar en el gráfico 4. En cuanto a la procedencia de los entrevistados fue mayoritariamente de Montevideo en un 77% (gráfico 5), mostrando un nivel de escolaridad adecuado el 74.2% de los entrevistados, retraso el 22.7% y fracaso escolar el 3%

(gráfico 6). Por otra parte, destacar que la media de edad de los que respondieron la entrevista fue de 12.6.

Variables	Categoría	Valor absoluto	Porcentaje
Sexo	Masculino	27	41%
	Femenino	39	59%
Procedencia	Montevideo	51	77%
	Interior	13	20%
	No especifica	2	3%
Nivel de escolaridad	Adecuado	49	74,2%
	Retraso	15	22,7%
	Fracaso	2	3%
Edad	Media	12,6	
	Mediana	13	
	Moda	13	

Sexo
Gráfico 4

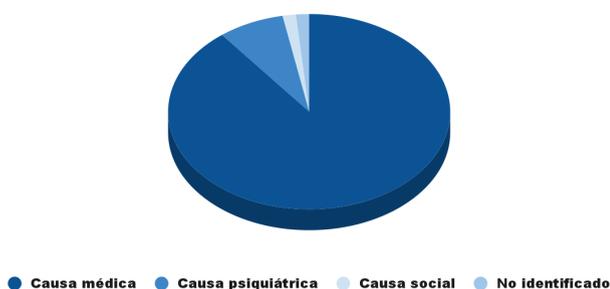


Procedencia
Gráfico 5

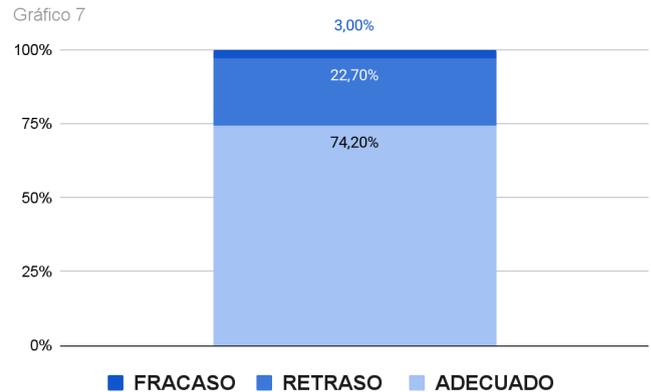


Con respecto al motivo de ingreso, de los que respondieron un 89% (59) fueron por causa médica, mientras que 9% (5) por causa psiquiátrica, 1,5% (1) por causa social y 1,5%(1) por causa no identificada. (Gráfico 6)

Motivo de consulta
Gráfico 6



Rendimiento escolar
Gráfico 7



De los consultados (n=66) 12 manifestaron estar cursando la enfermedad al momento de la llamada mientras que 19 referían recibir medicación en forma diaria. Además, 11 habían estado internados por el mismo motivo anteriormente.

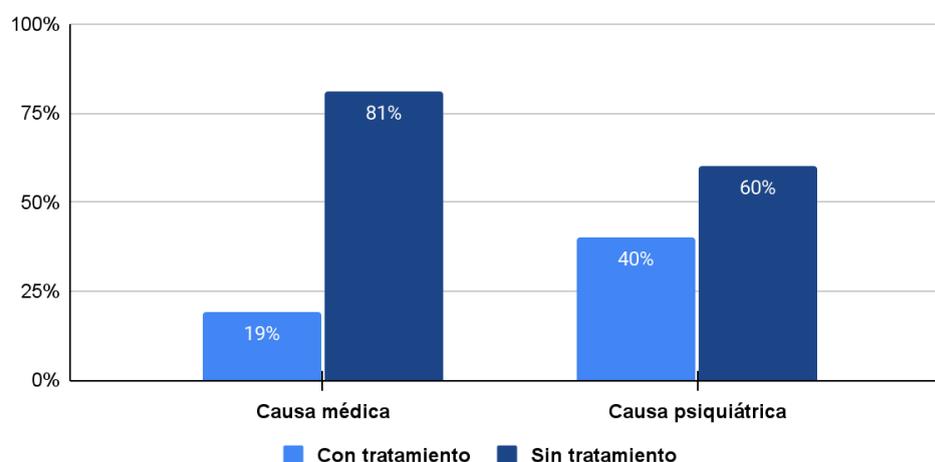
Con respecto a los antecedentes de consultas en salud mental, un 18% (12) refirieron haber consultado durante la pandemia. De estos, 66% (8) no presentaban consultas previas a 2020 en salud mental y 33% (4) ya habían consultado previamente.

Al momento de la encuesta el 23% de los entrevistados (15) se encuentran en tratamiento psicológico, de los mismos, el 17% (11) ingresaron al Hospital Pereira Rossell por causa médica, 3% por causa psiquiátrica (2 pacientes), 1.5% por causa social (1 paciente) y 1.5% no estaba registrado su motivo de consulta. De los que consultaron por causa médica, el 19% se encontraba en tratamiento y de los que consultaron por causa psiquiátrica el 40% lo estaba. (Gráfico 8)

El 51% de los entrevistados (34 pacientes) habían estado anteriormente en tratamiento psicológico, de los mismos el 79% (27) consultaron por causa médica, el 15% (5) por causa psiquiátrica, 3% (1) por causa social y 3% (1) por causa no identificada.

Tratamiento psicológico

Gráfico 8



Con respecto a las variables relacionadas con la percepción y restricción por la pandemia de COVID-19 (gráfico 9), el 35% de los entrevistados refirieron haberse sentido aislados, un 30% siente que perdió la mayoría de sus amigos y otro 30% refirieron haber perdido “muchas cosas” por el coronavirus.

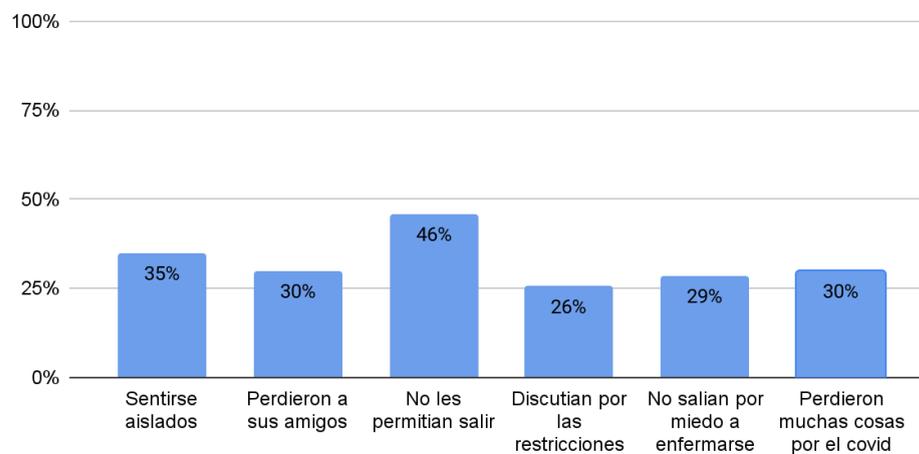
El 46% de los entrevistados refirieron que su familia no permitía salir y el 25,7% respondieron que eran frecuentes las discusiones acerca de las restricciones impuestas por la familia. El 28,7% refirieron no querer salir por presentar miedo al coronavirus.

Del total, 1 paciente contestó en forma positiva a todas estas variables.

Sin embargo, en el 88% aunque no pudo ver a sus amigos, sintió que pudo estar en contacto con ellos.

Restricciones por la pandemia

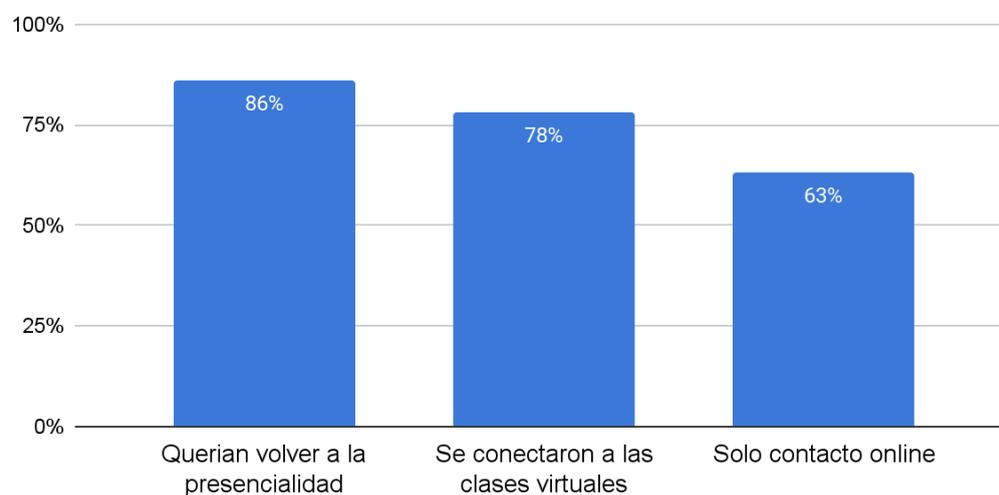
Gráfico 9



Con respecto a la adaptación a los cambios en la modalidad educativa durante la pandemia (gráfico 10), el 86% (57) manifestaron deseos de querer volver en forma presencial a la institución educativa y el 78% (51) lograron conectarse a clases online. El 63% (42) refirieron que el contacto con sus pares fue solamente a través de dispositivos electrónicos.

Adaptación educativa en la pandemia

Gráfico 10

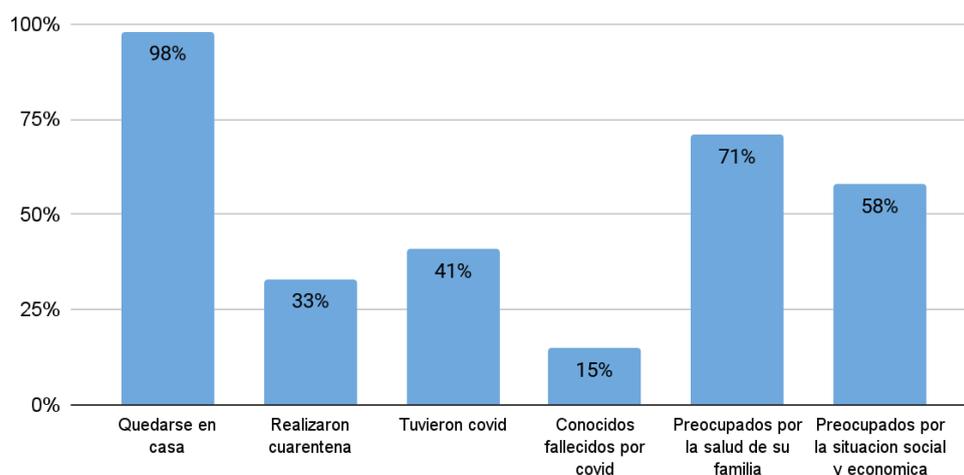


En relación a la enfermedad COVID-19 y sus consecuencias, de los encuestados, 98% refirieron haber cumplido con exhortación de “quedarse en casa”, 33% (20) refirieron haber tenido que realizar cuarentena muchas veces, mientras que el 41% (27) presentó COVID 19 y un 15% (10) tuvieron algún familiar o allegado que falleció como consecuencia de COVID.

El 71% (47) refirieron haber estado preocupados por la salud de su familia y el 58% (38) por la situación social y económica. (Gráfico 11).

Repercusiones por Covid 19

Gráfico 11



Con respecto a los resultados obtenidos en la escala de Beck (gráfico 12), encontramos que el 56 % (37) puntuó en rango normal, el 35% (23) puntuó en rango leve y 9% (6) puntuó en rango moderado.

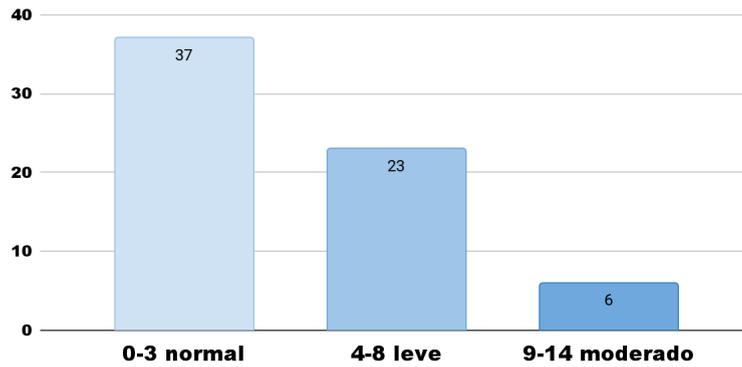
De los que puntuaron en rango leve, 3 habían ingresado por causa psiquiátrica. De los que puntuaron en rango moderado, todos habían ingresado por causa médica y refirieron previamente realizarse autolesiones y tener pensamientos de muerte. (Tabla 1)

	Escala de Beck		
	NORMAL (0-3)	LEVE (4-8)	MODERADO (9-14)
Nº DE PACIENTES	37	23	6
CAUSA MÉDICA	34	19	5
CAUSA PSQUIÁTRICA	1	1	0
OTRAS CAUSAS	2	3	1

Tabla 1. Escala de Beck.

Escala de Beck

Gráfica 12

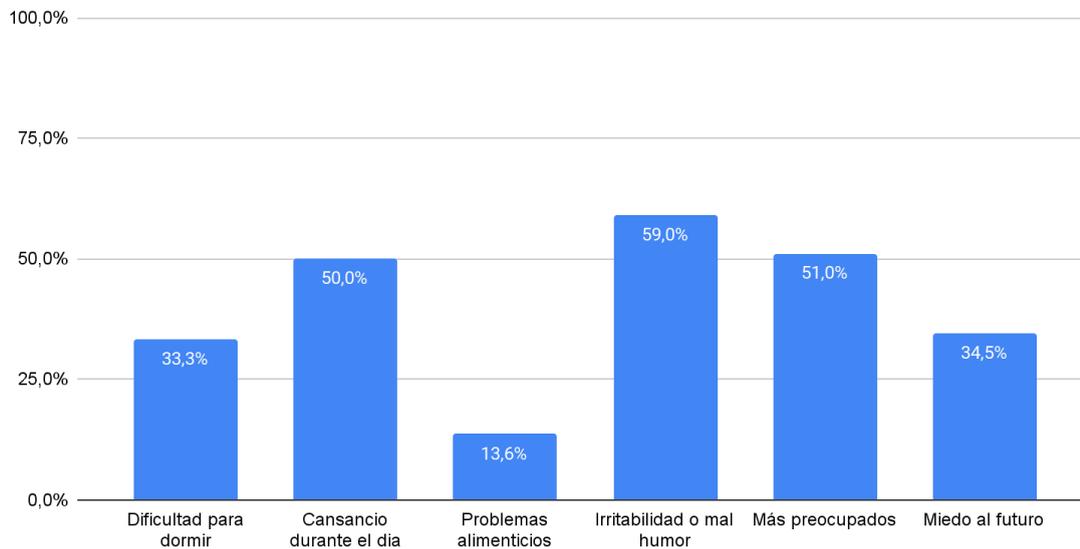


En cuanto a las repercusiones a nivel de salud mental, en lo ansioso, encontramos que presentaron dificultad para dormir 33%, cansancio durante el día 50%, problemas alimentarios 13%, mayor irritabilidad o mal humor 59%, refirieron sentirse más preocupados 51% y presentar miedo al futuro 34%. (Gráfico 13).

Por otro lado, con respecto a los rasgos depresivos, se observó que se sintieron más bajoneados un 33%, perdieron el interés 38%, pensaron en lastimarse 17%, se han lastimado 9%, han pensado en morir 14%, , intentaron quitarse la vida 7% de los entrevistados. (Gráfico 14).

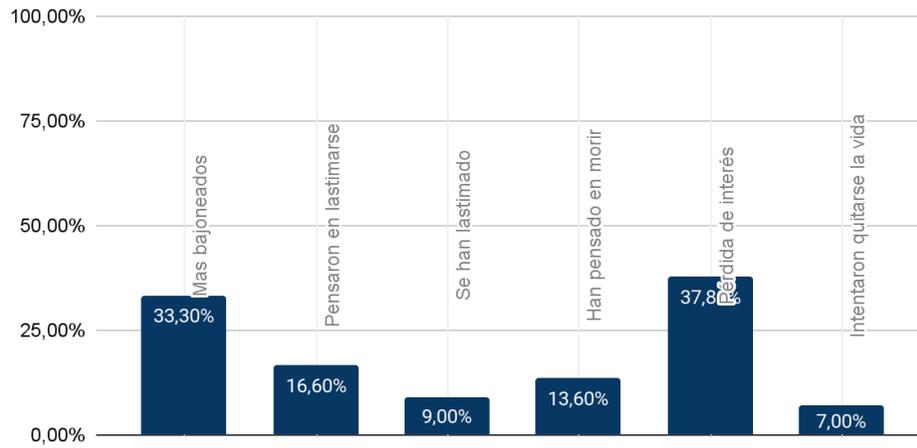
Conductas ansiosas

Gráfico 13



Conductas depresivas

Gráfico 14



DISCUSIÓN

Según datos procedentes de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, no publicados, desde 2015, un tercio de los pacientes que ingresan al Hospital Pereira Rossell lo hacen por causa psicosocial. Esto implica una diferencia significativa con respecto a los datos obtenidos en el presente estudio, donde casi un 90% referían y estaba consignado que habían consultado por causa médica.

Con respecto a los antecedentes de consultas en salud mental, 12 pacientes (18%) refirieron haber consultado durante la pandemia. De estos, 8 (66%) no presentaban consultas previas a 2020 en salud mental.

Estos hallazgos se podrían explicar por un mayor interés o motivación de los pacientes con enfermedad médica de responder al teléfono del hospital vs. la escasa demanda percibida que presenta nuestra población de pacientes psicosociales donde muchas veces, es el técnico que evalúa al paciente o la institución educativa, los que revelan la gravedad y consideran la urgencia. Esto podría tener relación con aspectos culturales y sociales donde existe aún mucho estigma y resistencia a acceder a atención en salud mental.

Por otro lado, los pacientes que ingresan por motivos psicosociales podrían tener una mayor tendencia a no mantener un número de teléfono por inestabilidad o condiciones adversas familiares que tienen que ver con el desarraigo, la violencia, la institucionalización y los problemas de salud mental de niños y sus familias, más frecuentes en estas poblaciones.

Es importante considerar que desde el paradigma de la atención del paciente con problemas médicos, la atención tiene como objetivos el alivio o la curación de la patología, mientras que en la cultura colectiva se asigna al Psiquiatra como el que “atiende la locura” o “eso es para los locos” lo que genera una vivencia negativa, incómoda o persecutoria.

En relación a las consecuencias del período de recomendación “quedarse en casa” o confinamiento voluntario se destaca que más de un tercio de la muestra refirió sentirse “aislado” durante el período de restricción de la movilidad y otro tercio refirió “perder a la mayoría de sus amigos”. Además, otro tercio de los niños y adolescentes consultados, refirieron “no querer salir por miedo al coronavirus”. Estas cifras son preocupantes, ya que nos sugiere que puede haber un impacto negativo en lo que refiere a las relaciones sociales, pudiendo así acarrear consecuencias adversas para la salud mental, siendo esto un factor de riesgo conocido para conductas autolesivas.

Sin embargo, según un estudio chileno, existe evidencia que a nivel mundial en el periodo posterior inmediato a crisis, guerras o catástrofes naturales a gran escala, no hubo un aumento de los suicidios, esto podría tener relación con que la “experiencia compartida de la crisis, llevaría a que las personas se apoyaran mutuamente, fortaleciendo los vínculos sociales”²⁷ determinando una mayor unidad y cohesión a nivel de la población.

Por otra parte, luego de otras pandemias como la influenza entre 1918-1919 en EEUU y la epidemia de SARS en Hong Kong se ha descrito un aumento de los suicidios, y se pronostica un aumento entre 1-145% para el actual brote por COVID 19.²⁷

Estas cifras resultan alarmantes, considerando que luego de una disminución inicial podría haber un aumento sostenido en los meses siguientes, como consecuencia de un agravamiento de factores de riesgo, tales como la adversidad educativa y laboral, debilitamiento de redes de apoyo, deserción educativa e incertidumbre económica. A su vez las dificultades en acceder a servicios de salud de forma presencial, el rezago en las consultas puede obstaculizar el acceso a una atención adecuada y de calidad.

En los niños y adolescentes se ha evidenciado a su vez un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión que se constituyen como factores de riesgo de gran peso para las conductas autolesivas.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La desesperanza y las conductas autolesivas son un problema importante que tiene una prevalencia alta a nivel de nuestra población y que pueden haberse visto aumentadas como consecuencia de la pandemia, situación que necesita más estudio.

Esto denota la relevancia de poder detectar y atender adecuadamente estas situaciones, mediante seguimiento durante la internación y luego del alta, independientemente del motivo de consulta, por parte de un equipo de salud que asegure la continuidad asistencial ofreciendo atención oportuna.

Grandes esfuerzos se han realizado a nivel de salud pública para la prevención y el tratamiento de esta problemática. La pandemia, con sus consecuencias aún en parte desconocidas, enfatiza la necesidad de continuar en el desarrollo de estrategias, políticas públicas y recursos destinados a la salud mental en la infancia y adolescencia.

CRONOGRAMA

Encuentro	Fecha	Objetivo del encuentro
1	16/04/21	Presentación e introducción del grupo, inicio de discusión de posibles áreas temáticas de investigación.
2	21/04/21	Definición de objetivos y población a estudiar. Se comienza a aportar bibliografía.
3	24/04/21	Discutir el plan de estudio y evacuar dudas en cuanto a conceptos generales en referencia a la temática.
4	27/04/21	Se profundiza sobre bibliografía pertinente y se comienza a escribir y corregir el proyecto.
5	30/04/21	Se continúan discutiendo objetivos generales y específicos, los cuáles quedan definidos y se culmina el plan de trabajo para ser enviado.
6	02/05/21	Reunión de orientadores dirigido a corrección de proyecto y definir cronograma a futuro.
7	11/05/2021	Trabajo sobre proyecto de investigación.
8	18/05/2021	Idem
9	25/05/2021	Idem
10	01/06/2021	Entrega del proyecto de investigación al comité de ética del CHPR.
11	20/08/2021	Si contamos con aprobación comité de ética se ajusta procedimiento para recolección de datos.
12	9/09/2021	Valorar dificultades y evolución de recolección de datos.
13	1/10/2021	Se empieza el procesamiento de datos. Se estima que esta etapa se extienda 4 semanas.
14	27/10/2021	Reunión de exposición de resultados y preparación de discusión.
15	20/11/2021	Lectura y corrección final del trabajo de investigación.

PRESUPUESTO

No requerido.

BIBLIOGRAFÍA

1 - Thomas Jans, Timo D. Vloet, Yesim Taneli & Andreas Warnke, JM Rey's IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Año 2020, Capítulo E.4 TRASTORNOS DEL ÁNIMO, SUICIDIO Y CONDUCTA AUTOLESIVA, página 2, (Actualización 2018)

2- UNICEF [Internet]. Nueva York/Ginebra/Floencia: 2019 [acceso 29 de abril de 2021]. Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales. Disponible desde: <https://www.unicef.org/peru/notas-de-prensa/20-adolescentes-todo-mundo-sufren-trastornos-salud-mental-15-considerado-suicidio>

3- Sitio oficial de la República Oriental del Uruguay [Internet]. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2020 [acceso 29 abril 2021]. Día Nacional de Prevención del Suicidio. Disponible desde: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Presentaci%C3%B3n%20de%20datos%20para%20D%C3%ADa%20Nac%20P%20Suicidio>

4. Alamo P. C, Baader M. T, Antúnez S. Z, Bagladi L. V, Bejer T. T. Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. Rev Chil Neuropsiquiatr. 2019;57(2).

5. OMS | Adolescentes y salud mental. 2015; Disponible desde:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/

6. OMS | Salud mental del adolescente. 2020; Disponible desde:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

7. OMS | Trastornos mentales. 2016; Disponible desde: https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/

8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. DSM-IV-TR. Vol. 25, American Journal of Critical Care. 2000.

9. Scott Litin, M.D. Mayo Clinic Family Health Book [Internet], Mayo Clinic Press; 5a edición 2018, mayo. [citado el 10/5/21]. Disponible desde:

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/teen-depression/symptoms-causes/syc-20350985>

10. ASSE. Protocolo Prevención y Atención en la Adolescencia Intento de Autoeliminación. 2017; Disponible desde:

<http://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Intento-de-Autoeliminacion-en-Adolescentes-9678>

11. Pandolfo S, Vázquez M, Más M, Vomero A, Aguilar A, Bello O. Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. Arch Argent Pediatr. 2011;109(1).
12. Social S. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. Redalyc.org. [citado el 10 de mayo de 2021] <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745527004.pdf>
13. OMS | Suicidio. 2020; Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>13. Hernández-Bello L, Hueso-Montoro C, Gómez-Urquiza JL, Cogollo-Milanés Z. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2020;94.
14. Cha CB, Franz PJ, Guzman EM, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Suicide among Youth: Epidemiology, (Potential) Etiology, and Treatment. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2018;59(4):460–82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5867204/pdf/nihms906198.pdf>
15. Hill RM, Rufino K, Kurian S, Saxena J, Saxena K, Williams L. Suicide ideation and attempts in a pediatric emergency department before and during COVID-19. Pediatrics. 2021;147(3).
16. Shain B. Suicide and suicide attempts in adolescents. Vol. 138, Pediatrics. 2016.
17. National Center for Biotechnology Information, Search database [Internet] MeSH, Pandemics. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68058873>
18. Shah K, Mann S, Singh R, Bangar R, Kulkarni R. Impact of COVID-19 on the Mental Health of Children and Adolescents. Cureus. 2020.
19. Ares G, Bove I, Vidal L, Brunet G, Fuletti D, Arroyo Á, et al. The experience of social distancing for families with children and adolescents during the coronavirus (COVID-19) pandemic in Uruguay: Difficulties and opportunities. Child Youth Serv Rev. 2021;121.
20. Pedreira Massa JL. Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Pública. Rev Esp Salud Pública. 2020;94.
21. Organización Panamericana de la Salud 2016. Prevención de la conducta suicida. Vol. 45, Acta psiquiátrica. psicol. Am. Lat. 2016.
22. World Health Organization. Prevención del suicidio: Un imperativo global. 2014.
23. MSP. Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. Ministerio de Salud Pública-Uruguay. 2020;

24. OMS. Prevención del Suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. OMS [Internet]. 2000;1–19. Disponible desde: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1
25. 1. Silva D, Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. Rev Med Chil [Internet]. 2013 Oct [cited 2021 May 11];141(10):1275–82. Disponible desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
26. 1. Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Literature review to identify standardized scales for assessing adult suicide risk in the primary health care setting. Medwave. 2018
27. Suicidios durante la pandemia: ¿por qué bajan y qué podemos esperar para adelante? (2021, 29 de enero). Ciperchile.cl. <https://www.ciperchile.cl/2021/01/29/suicidios-durante-la-pandemia-por-que-bajan-y-que-podemos-esperar-para-adelante/>

ANEXO

Cuestionario de Beck

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso". El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

Evalúa: Expectativas de la persona sobre su futuro

Nº de ítems: 20

Administración: Auto aplicada

Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo	V	F
Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	V	F
Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
En el futuro espero poder conseguir los que me pueda interesar	V	F
Mi futuro me parece oscuro	V	F
Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
No logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
Todo lo que puedo ver hacia adelante es más desagradable que agradable	V	F
No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
El futuro me parece vago e incierto	V	F
Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Instrumento desarrollado por los técnicos con la finalidad de conocer características de la población estudiada y la percepción de aislamiento y restricciones asociadas a la pandemia.

Encuestador.....

Fecha de llamada.....

Motivo de consulta/ingreso hospitalario:

Causa médica	Causa psiquiátrica	Causa social
--------------	--------------------	--------------

Datos patronímicos:

Edad:

Sexo:

Procedencia:

Montevideo	Interior
------------	----------

Escolaridad: grado que cursa.

Rendimiento:

Preguntas de SÍ/NO

-¿Estás cursando alguna enfermedad actualmente?

¿tienes una enf. crónica por la que tengas que tomar medicación todos los días?

¿Has estado internado por este motivo?

-Desde el comienzo de la pandemia y los protocolos de aislamiento ¿has consultado por motivos de salud mental?

¿Y anterior a la pandemia?

¿Tomas alguna medicación?

¿Actualmente estás en tratamiento con un psicólogo?

¿Alguna vez fuiste a uno?

A continuación hay una lista de frases que describen pensamientos y sentimientos que tienen los niños/as y adolescentes acerca de cómo vivieron y viven la pandemia y las repercusiones.

Responda si o no.

A- PERCEPCIÓN DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES SOBRE LA REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA

1. Siento que estuve o estoy muy aislado.
2. Siento que perdí la mayoría de mis amigos.

3. Aunque no pueda ver a mis amigos, estoy en contacto con ellos.
4. Mi padre/madre/tutor no me dejan salir con mis amigos por el coronavirus.
5. Discuto mucho con mis padres porque pensamos diferente acerca de lo que se puede hacer y lo que no se puede hacer por el coronavirus.
6. No quiero salir con mis amigos por miedo a enfermarme de coronavirus.
7. Siento que perdí muchas cosas por el coronavirus.
8. Quisiera volver a la escuela/liceo.
9. Me conecto asiduamente a las actividades virtuales.
10. Mi único contacto con el mundo fuera de mi casa es a través del celular o la computadora.
11. Cuando la recomendación era quedarse en casa, mi familia y yo lo respetamos.
12. Mi familia y yo tuvimos que hacer "cuarentena" muchas veces.

Preguntas sobre aspectos objetivos relacionados con coronavirus:

1. Mi familia o yo tuvimos coronavirus.
2. Alguien muy cercano tuvo coronavirus y estuvo hospitalizado o falleció.

PREGUNTAS SOBRE CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA:

B- SÍNTOMAS DEPRESIVOS:

1. Me siento más triste o bajoneado de lo habitual.
2. Me generan desinterés las actividades que antes disfrutaba.
3. Me he sentido irritable o de mal humor frecuentemente.

C- SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

1. Me siento más preocupado últimamente.
2. Siento miedo del futuro.
3. Me preocupa mi salud.
4. Me preocupa la salud de mi familia.
5. Me preocupa la situación social y/o económica de mi familia.

D- CONDUCTAS AUTOLESIVAS

1. He pensado en lastimarme.
2. Me he lastimado intencionalmente.
3. He pensado en morir.
4. He intentado quitarme la vida.

E- SUEÑO Y ALIMENTACIÓN

En este último tiempo:

1. Tengo dificultades para dormir.
2. Me siento cansado durante el día.
3. He tenido problemas con mi alimentación.



ASENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE

NOTA INFORMATIVA

Estimada/o Adolescente,

El grupo de investigación de estudiantes de 6to año de la Facultad de Medicina UDELAR está haciendo una investigación sobre la repercusión de la pandemia en niños y adolescentes en relación a las conductas autolesivas.

La situación de pandemia ha impactado sobre la salud mental de la sociedad en su conjunto. Los niños y adolescentes han sido principalmente afectados por la misma, este es el motivo por el cual nos comunicamos contigo.

Tu participación en esta investigación es totalmente voluntaria y no estás obligado a participar. Si aceptas hacerlo, se te pedirá que respondas una serie de preguntas por vía telefónica. Para valoración de los sentimientos de desesperanza, se utilizará la escala de Beck (la cual cuenta de 20 preguntas con respuesta sí o no, sobre los sentimientos de tristeza y soledad) y una encuesta sobre cómo has vivido la pandemia.

También le vamos a solicitar a tu padre, madre o al adulto que te acompaña autorización para que respondas.

Para tener algunos otros datos, vamos a revisar tu historia clínica, para lo cual necesitamos tu autorización. No vamos a hacer ninguna maniobra invasiva como sacarte sangre ni pedirte otros estudios. Tu participación en este estudio no tiene riesgos para tu salud ni para la de tu familia.

Participar en el estudio es voluntario, puedes decir que sí o que no. La información es anónima, se va a manejar de forma confidencial y va a ser usada sólo por el equipo de investigación. Al publicar los resultados no vamos a dar ninguna información que te identifique.

Si tú, tus padres o referentes, deciden no participar, no va a haber ninguna consecuencia negativa. Todos tus tratamientos van a seguir igual y de la misma forma. Podrás suspender tu participación en el estudio cuando quieras, sin necesidad de explicar los motivos. Por participar no vas a recibir ningún beneficio directo, una paga u otro tipo de retribución.

Los resultados de los cuestionarios van a ser usados sólo para la investigación y nos van a permitir conocer mejor las consecuencias de la pandemia en niños y adolescentes para poder desarrollar mejor los tratamientos y apoyos.

Este documento, denominado “asentimiento” informado, va a ser respondido por ti, y a la vez se solicitará a tu padre/madre o responsable adulto, que conteste un consentimiento, similar a este.

Si tienes alguna pregunta, puedes realizarla durante la comunicación telefónica.

Este documento se le enviará en formato electrónico.



CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE O TUTOR

NOTA INFORMATIVA

Estimado Padre/Madre o Tutor,

El grupo de investigación de estudiantes de 6to año de la Facultad de Medicina UDELAR está haciendo una investigación sobre la repercusión de la pandemia en niños y adolescentes en relación a las conductas autolesivas.

La situación de pandemia ha impactado sobre la salud mental de la sociedad en su conjunto. Los niños y adolescentes han sido principalmente afectados por la misma, este es el motivo por el cual nos comunicamos contigo.

La participación del niño/adolescente en esta investigación es totalmente voluntaria y no está obligado a participar. Si aceptan hacerlo, se le pedirá que responda una serie de preguntas por vía telefónica. Por un lado, para valoración de los sentimientos de desesperanza, se utilizará la escala de Beck (la cual cuenta de 20 preguntas con respuesta sí o no, sobre los sentimientos de tristeza y soledad) y una encuesta sobre cómo has vivido la pandemia.

Para tener algunos otros datos, vamos a revisar su historia clínica, para lo cual necesitamos la autorización del adulto responsable. No vamos a hacer ninguna maniobra invasiva como sacarle sangre ni pedirle otros estudios. Su participación en este estudio no tiene riesgos para su salud ni para la de su familia.

Participar en el estudio es voluntario, pueden decir que sí o que no. La información es anónima, se va a manejar de forma confidencial y va a ser usada sólo por el equipo de investigación. Al publicar los resultados no vamos a dar ninguna información que lo identifique.

Si deciden no participar, no va a haber ninguna consecuencia negativa. Todos sus tratamientos van a seguir igual y de la misma forma. Podrá suspender su participación en el estudio cuando quiera, sin necesidad de explicar los motivos. Por participar no va a recibir ningún beneficio directo, una paga u otro tipo de retribución.

Los resultados de los cuestionarios van a ser usados sólo para la investigación y nos van a permitir conocer mejor las consecuencias de la pandemia en niños y adolescentes para poder desarrollar mejor los tratamientos y apoyos.

Este documento, denominado “consentimiento” informado, va a ser respondido por usted, y a la vez le pediremos el asentimiento al niño o adolescente, similar a este.

Si usted tiene alguna pregunta, puede realizarla durante la comunicación telefónica.

Este documento se le enviará en formato electrónico.