



Descripción de los niveles de ansiedad y depresión de infancias y adolescencias hospitalizadas por situaciones de violencia.

Centro Hospitalario Pereira Rosell, julio a septiembre 2022.

CICLO DE METODOLOGÍA CIENTÍFICA II-2022 - Grupo 103.

Autores:

Balestena, Gimena.¹

Bermúdez, Nahomi.¹

Fojo, Antonella.¹

Pereira, Lucía.¹

Riviezzi, Azucena.¹

Ruggeri, Santiago.¹

Orientadores:

Dr. Carlos Zunino.²

Dra. Lorena Pardo.²

Dra. Cecilia Echeverría.³

¹ Bachiller Ciclo de Metodología Científica II 2022, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

² Prof. Adjunto Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

³ Asistente de Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

RESÚMEN.	2
INTRODUCCIÓN.	4
OBJETIVOS.	8
METODOLOGÍA.	8
RESULTADOS.	10
DISCUSIÓN.	15
CONCLUSIONES.	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	21
AGRADECIMIENTOS.	24
ANEXOS.	25

ÍNDICE DE FIGURAS.

FIGURA 1 Correlación entre las diferencias de los escores final e inicial de depresión y ansiedad y los días de internación.	15
---	-----------

RESÚMEN.

Introducción: las situaciones de violencia, así como los problemas de salud mental relacionados con la misma han crecido entre los niños, niñas y adolescentes (NNA) en Uruguay. En el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) se observan hospitalizaciones frecuentes por estos motivos.

Objetivo: contribuir a la caracterización de los NNA hospitalizados por violencia en este centro pediátrico, valorando cambios a nivel psicoemocional de los pacientes.

Metodología: estudio descriptivo que incluyó a NNA de 10 a 14 años ingresados a sala de cuidados moderados en el CHPR con diagnóstico de maltrato, abuso sexual o conductas suicidas en relación con situaciones de violencia en el periodo julio-setiembre 2022. Se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) dentro de las primeras 48 hs del ingreso y cada siete días hasta el alta. Se realizó una descripción de los niveles de ansiedad y depresión al ingreso y en los casos que se obtuvieron al menos dos registros en el tiempo se compararon los puntajes finales y los iniciales.

Resultados: se incluyeron 56 NNA, mediana de edad 13 años, 78,5% mujeres. La mediana de estadía hospitalaria fue 7 días. El motivo de ingreso más frecuente fue: conducta suicida relacionada con situaciones de violencia (58,9%). Al ingreso, 37,5% presentaba sintomatología relevante de ansiedad y el 35,8% depresión. Quince pacientes (26,8%) presentaron una internación prolongada. En ellos no se encontraron diferencias significativas entre los puntajes finales e iniciales de ambas escalas aplicadas.

Conclusión: los NNA presentaron niveles de ansiedad y depresión al ingreso de la hospitalización con diversas variaciones a lo largo de la misma. Dado el escaso número de pacientes incluidos no se logró demostrar una relación estadísticamente significativa entre los días de internación y las diferencias entre la ansiedad y la depresión.

PALABRAS CLAVE: abuso sexual infantil, maltrato infantil, depresión, ansiedad.

ABSTRACT:

Introduction: violence suffered by children and adolescents as well as mental health issues related to it have increased in Uruguay. Admissions related to this are frequently observed at the Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

Objectives: to contribute to the profiling of children and adolescents hospitalized due to abuse

in this children's hospital, assessing psychological and emotional changes in them.

Method: a descriptive study was conducted on a total of 56 children and adolescents between the ages of 10 and 14 years old who were hospitalized in intermediate care at the CHPR, with diagnosis of child abuse, sexual abuse and/or suicidal behaviors relating to exposure to violence, from July to September of 2022. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was applied in the first 48 hours since the admission and then every 7 days until discharge. A description of the anxiety and depression levels upon admission were conducted. For those with at least two HADS scores, the starting and final scores were compared.

Results: n= 56, median age 13 years old, 78.5% were female. Their average hospitalization lasted 7 days. The most common reason for admission was suicidal tendencies related to exposure to violence (58.9%). At admission, 37.5% had symptoms of depression, meanwhile 35.8% had symptoms of anxiety. Fifteen patients (26.8%) had a longer stay at the hospital. In this group no significant difference was found between the final and initial scores.

Conclusion: children and adolescents had levels of anxiety and depression at their admission with several variations during it. Due to the lack of participants, it could not be proved a statistically significant relationship between days of hospitalization and the differences between anxiety and depression.

KEY WORDS: child abuse, sexual abuse, depression, anxiety.

INTRODUCCIÓN.

La violencia en NNA es una problemática grave y creciente en el mundo¹. En Uruguay, parte del abordaje en estas situaciones implica el ingreso hospitalario para protección y valoración detenida por un equipo interdisciplinario e intersectorial que se realiza en numerosas instancias, esto prolonga el tiempo de internación. En caso de judicialización la internación es más prolongada.

En la práctica clínica se han observado cambios a nivel psicológico, físico y/o de desarrollo de los afectados. Como equipo de salud importa conocer los mismos, su prevalencia y sus características para poder idear un abordaje integral y adecuado.

En la actualidad la bibliografía disponible respecto al tema es escasa, por este motivo se busca aportar conocimiento de la problemática en base a la población de NNA pertenecientes al Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

La violencia según el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica (CNCLVD) define que es el acto intencional de poder, con el objetivo de someter, dominar y controlar a otra persona como fruto de desigualdad de poder, asimetría en las relaciones y primacía hegemónica del modelo patriarcal de las sociedades actuales; no es un requisito la existencia del daño². Según quien comete el acto violento, la OMS (2003) diferencia en tres categorías: violencia autoinflingida, violencia interpersonal y violencia colectiva².

Los NNA están expuestos a diversas formas de violencia lo cual genera graves consecuencias para su salud y desarrollo. Si bien en los últimos años se han logrado avances en políticas públicas y mecanismos de protección frente a situaciones en las que se vulneren los derechos de la infancia, aún es necesario que el sistema de salud profundice el abordaje de dichas situaciones, generando lineamientos y pautas estandarizados para la adecuada atención y protección de los NNA.

El maltrato y la violencia sexual, ya sean provocados de forma directa o indirecta, repercuten negativamente en la salud y el bienestar de las personas, más aún en esta población que está en crecimiento y desarrollo por lo que son particularmente vulnerables. Esto supone una vulneración de sus derechos, un atentado a su integridad física y/o psicológica que compromete su bienestar y condiciona de forma negativa los procesos de salud-enfermedad.

El abuso o maltrato de NNA incluye todos los tipos de maltrato, ya sea físico o psicológico, abuso sexual, desatención reiterada, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Además, el hecho

de que los NNA sean testigos de la violencia de pareja en sus hogares también es considerado maltrato infantil³.

Un tipo de violencia particular es el abuso sexual entendido como cualquier actividad de tipo sexual con un NNA donde no hay consentimiento. Si bien el agresor puede ser cualquier persona, lo más frecuente es que resulte ser intrafamiliar. Este abuso no requiere fuerza física, se efectúa por medio de la manipulación (por ejemplo, psicológica, emocional o material). Puede ocurrir a lo largo de semanas o hasta años, pueden ser episodios repetidos que se tornan más invasivos con el transcurso del tiempo, o puede presentarse como un hecho aislado³. Todas estas características hacen que la pesquisa, el diagnóstico y el abordaje de estas situaciones de violencia sean complejas y requieran múltiples entrevistas con un equipo técnico interdisciplinario.

La violencia hacia NNA es considerada violencia basada en género y generaciones. La violencia basada en género (VBG) es toda conducta de acción u omisión que demuestra la asimetría existente en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, y la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino. El objetivo de esta es no permitir el goce de los derechos humanos de las mujeres pudiendo generar daño en diferentes áreas, como lo son la física, psicológica y sexual⁴. Esta violencia puede ser física, emocional, psicológica, económica, mediática y sexual⁵.

En Uruguay está vigente desde el año 2017 la ley 19580 de violencia hacia mujeres basada en género que establece como prioritaria la erradicación de la violencia contra mujeres, niñas, niños y adolescentes. En nuestro país existe una prevalencia del 76,7 % de VBG según la 2da encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones, lo cual parece ir en aumento con el pasar de los años⁵. Esto puede atribuirse a la visualización del problema y la desnaturalización de la misma.

Muchas veces estas situaciones de violencia pueden llevar a los NNA a tener conductas suicidas. Estas son definidas como toda acción que se realiza con el fin de quitarse la vida e incluye ideación suicida, plan suicida, intentos de suicidio (dentro de este se incluyen los actos auto-lesivos con cualquier grado de intención fatal) y suicidio consumado⁶.

Esto se observa cada vez a edades más tempranas. Es importante percibir estas conductas como un continuo para facilitar la anticipación a las mismas y así poder evitar su progresión. Comienzan por la ideación suicida: pensamiento, planes o deseos persistentes de cometer suicidio, le sigue el intento suicida y culmina con el acto⁶.

En Uruguay, el suicidio fue la primer causa de muerte en personas entre 15 y 24 años en 2020. La tasa de suicidio en nuestro país es una de las más altas en el mundo. Un 67% ocurren en el interior del país mientras que un 33% en la capital. Si bien el suicidio consumado es más frecuente en varones, la mayoría de los intentos de autoeliminación (IAE) son realizados por mujeres⁶.

Entre los factores de riesgo para presentar conductas suicidas se encuentran: intentos previos de autoeliminación o de comportamientos auto-lesivos, sufrir cualquier forma de violencia, depresión u otras enfermedades mentales severas, factores neurobiológicos, enfermedades físicas, consumo problemático de sustancias psicoactivas, facilidad en el acceso a medios e instrumentos letales, dificultades en el acceso a la atención en salud (en especial a la salud mental) y más, los cuales no deben ser considerados de forma aislada⁶. A su vez hay también factores considerados protectores como lo son contar con una red social de apoyo, tener una imagen positiva de sí, posibilidad de buscar ayuda, vivencia de aceptación y pertenencia social y poder identificar las propias emociones. Estos reducen la probabilidad de desarrollar conductas suicidas⁶.

Uruguay ha elaborado protocolos y mecanismos articulados en respuesta a las situaciones de los niños y niñas con derechos vulnerados. El *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)² (2018)*, como también el *Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niños, niñas y adolescentes en el marco del SNIS³ (2018)*, han sido un paso trascendental. Sin lugar a dudas estos protocolos son una herramienta tanto conceptual como operativa de gran utilidad para la prevención, detección y atención de situaciones de violencia sexual y maltrato en NNA.

Según estos protocolos en algunos casos es necesaria la hospitalización del NNA afectado, ya sea para protección transitoria o completar el abordaje en situaciones particulares. Muchas veces estas internaciones son más largas de lo habitual: el ingreso al hospital implica una interrupción en su vida cotidiana y actividades. Esto puede repercutir en su estado de salud, generando estrés físico, emocional y cambios a nivel nutricional^{7,8,9}.

Basados en un estudio realizado en el CHPR sobre internación en casos de abuso sexual infantil entre los años 2010 al 2014 donde se tomó como media de internación 8.3 días¹⁰, se consideró para este estudio la internación prolongada como una estancia hospitalaria de duración mayor o igual a 7 días para la aplicación del test.

La OMS define depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutaban, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más”¹¹.

Por otra parte se considera a la ansiedad como una emoción o estado emocional fisiológico que se presenta como respuesta ante situaciones cotidianas de estrés. Al sobrepasar la capacidad adaptativa se convierte en patológica y genera malestar con síntomas que afectan la calidad de vida del individuo ¹².

Este trabajo busca aproximarse al conocimiento de los niveles de ansiedad y depresión al ingreso de los NNA que ingresan por situaciones de violencia y las variaciones que puedan tener a lo largo de la hospitalización, haciendo énfasis en las internaciones prolongadas.

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Contribuir a la caracterización de los NNA hospitalizados por violencia en un centro pediátrico de tercer nivel de referencia nacional para el subsector público.

Objetivos específicos:

Describir el perfil de los NNA hospitalizados por maltrato, abuso sexual y conductas suicidas estrechamente relacionadas a situaciones de violencia.

Estimar la frecuencia de depresión y ansiedad al ingreso de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados por estos motivos.

Comparar la diferencia del resultado del score inicial y final de depresión y ansiedad de estos pacientes y relacionarlos con la duración de la internación.

METODOLOGÍA.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y prospectivo.

La muestra fue seleccionada por conveniencia y se incluyeron todos los NNA de 10 a 14 años ingresados a sala de cuidados moderados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) con diagnóstico de maltrato, abuso sexual y conductas suicidas en estrecha relación con situaciones de violencia entre el 19 de julio y 19 de setiembre de 2022. Los pacientes fueron seleccionados desde los registros médicos según el motivo de ingreso. Dentro de las conductas suicidas se incluyeron los pacientes que ingresaron por lesiones autoinfligidas (LAIS), ideas de muerte e intentos de autoeliminación (IAE). De estos pacientes se seleccionaron aquellos con antecedentes inmediatos de situaciones de violencia (maltrato y/o abuso sexual).

A los NNA incluidos, se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) dentro de las primeras 48 hs del ingreso y cada siete días hasta el alta. Esta escala está compuesta por 14 ítems divididos en dos subescalas: ansiedad (HADS-A) y depresión (HADS-D). Según los resultados de cada subescala se clasificaron a los pacientes según la ausencia, requerimiento de consideración o sintomatología relevante tanto de ansiedad como de depresión¹³.

Además se estudiaron las siguientes variables: la edad, género, procedencia, antecedentes de LAIS e IAE, historia previa de institucionalización en centros de protección infantil y días de la internación actual.

Las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de tendencia central. Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas.

Se estimó la frecuencia de los casos posibles o probables de ansiedad y depresión, considerando como numerador los casos con scores mayor o igual a 8 de cada escala y el denominador el total de NNA estudiados en el período de tiempo. Además se estudió la frecuencia según el motivo de ingreso. Se buscaron diferencias entre dichas frecuencias utilizando el test de Chi cuadrado o de Fisher según la cantidad de NNA en cada categoría.

En los casos en que se obtuvieron más de una medición, se calculó la diferencia entre el score de cada subescala al egreso e ingreso hospitalario. Se comparó la mediana de estos Score con la prueba de t de student para muestras relacionadas o test Wilcoxon según la distribución de la variable. Se buscó la correlación entre estas diferencias y la duración de la internación a través de la r de Pearson o de Silverman en caso de no linealidad.

El software utilizado fue JASP.

Para garantizar los aspectos éticos se presentó el protocolo de investigación en el Comité de ética de la institución participante. Se solicitó el asentimiento de los adolescentes y en aquellos casos que el adolescente decidió participar, se solicitó el consentimiento informado a cada tutor. Los datos se manejaron de forma confidencial y de forma anónima.

RESULTADOS.

En el periodo de estudio se registraron 62 ingresos con historia de sospecha de abuso sexual (SAS) o maltrato infantil (MTI) de los cuales 6 se excluyeron por falta de consentimiento informado o asentimiento quedando un total de 56 NNA en el estudio.

Del total de los incluidos, 44 (78,5%) pertenecían al género femenino y 12 (21,4%) masculino (1 de ellos trans masculino). La mediana de edad fue de 13 años, con un rango de 10 y 14 años.

Procedían de Montevideo 30 (53,6%) de los NNA, 15 (26,8%) de Canelones y 11 (19,6%) del resto del país (Soriano 3, San José 2, Rocha 2, Colonia, Cerro Largo, Treinta y Tres y Maldonado 1 cada uno).

En relación al motivo de ingreso, 14 (25%) ingresaron por MTI, 9 (16,1%) por SAS y 33 (58,9%) por conductas suicidas. De estos últimos, 13 (39,4%) ingresaron por IAE, 15 (45,5%) por ideas de muerte (IDM) y 4 (12,1%) por LAIS.

Presentaban antecedentes de LAIS 22 (39,3%) e IAE previos 15 (26,8%). Dos (3,6%) pacientes habían sido previamente institucionalizados y 1 (1,8%) en el momento del ingreso.

En la tabla 1 se muestran las características de los adolescentes según el motivo de ingreso.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los adolescentes según el motivo de ingreso.

	Maltrato infantil (n 14 - 25%).	Abuso sexual (n 9 - 16%).	Conducta suicida (n 33 - 58,9%).	TOTAL (n 56 - 100%)
Género femenino.	10 (71,4%)	8 (88,9%)	26 (78,8%)	44
Género masculino.	4 (28,6%)	1 (11,1%)	7 (21,2%)	12
Edad:				
10 a 12 años	10 (71,4%)	7 (77,8%)	7 (21,2%)	24
13 a 14 años	4 (28,6%)	2 (22,2%)	26 (78,8%)	32
Mediana de edad en años.	11,7	11,6	13,2	

Procedencia.				
Montevideo.	11 (78,6%)	6 (66,7%)	13 (39,4%)	30
Canelones.	2 (14,3%)	2 (22,2%)	11 (33,3%)	15
Resto del interior.	1 (7,1%)	1 (11,1%)	9 (27,3%)	11
Mediana días de internación.	13	11	7	
AP LAIS.	3 (21,4%)	1 (11,1%)	19 (57,6%)	22
AP IAE.	1 (7,1%)	1(11,1%)	13 (39,4%)	15
AP INSTITUCIONALIZACIÓN.	1 (7,1%)	0 (0%)	2 (6,1%)	3

AP - Antecedentes personales. LAIS - Lesiones autoinflingidas. IAE - Intento de autoeliminación.

Tuvieron internación prolongada 31 (55,4%) pacientes, considerando la misma como una estadía hospitalaria mayor o igual a 7 días. El promedio de días de internación fue de 7 días, con un mínimo de 2 días y un máximo de 39 días.

Cabe destacar que 5 niños continuaron internados al momento de finalización de la recolección de datos para este estudio. Estos ingresaron por maltrato y sospecha de abuso sexual.

En todos los NNA registrados fue aplicada la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Anexo 3).

Al ingreso los resultados de esta escala sin discriminar por motivo de ingreso arrojaron una mediana de 9 y 9 en las columnas de ansiedad y depresión respectivamente.

En la Tabla 2 se muestran los resultados de la escala al ingreso según el motivo de ingreso.

Tabla 2. Frecuencia absoluta de niveles de ansiedad y depresión al ingreso diferenciados por motivo de ingreso.

		Maltrato infantil (n 14).	Abuso sexual (n 9).	Conducta suicida (n 33).	TOTAL (n 56).
ANSIEDAD.	Ausencia.	6	4	10	20
	Caso que requiere consideración.	3	2	10	15
	Presencia de sintomatología relevante.	5	3	13	21
*No se encontraron diferencias significativas según motivo de ingreso					
DEPRESIÓN.	Ausencia.	11	3	11	25
	Caso que requiere consideración.	2	3	6	11
	Presencia de sintomatología relevante.	1	3	16	20
*No se encontraron diferencias significativas según motivo de ingreso					

De 31 casos de internación prolongada, en 15 pudo realizarse más de una aplicación del escore seleccionado. En 6 pudieron realizarse 2 mediciones, en 4 NNA se pudieron realizar 3 mediciones, en 4 NNA 4 mediciones y en un único paciente se pudieron realizar 5 mediciones. En la tabla 4 y figura 2 se muestran las correlaciones entre las diferencias de los escores finales e iniciales de depresión y ansiedad y los días de internación. Ninguno de los resultados dio estadísticamente significativo.

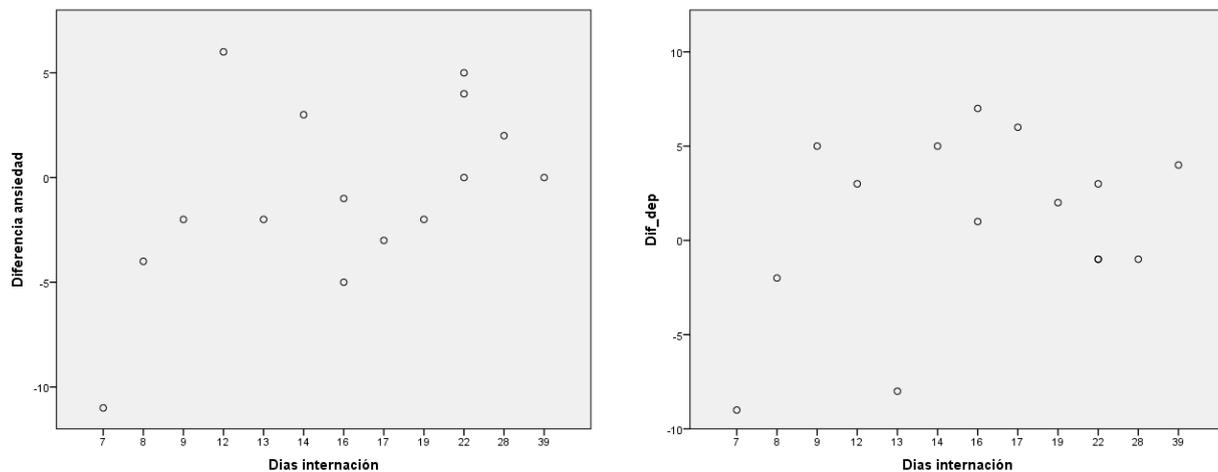
Tabla 3. Comparativa de casos según los niveles de ansiedad de depresión al ingreso y egreso diferenciados por motivo de ingreso.

		Maltrato infantil (n 7).		Abuso sexual (n 3).		Conducta suicida (n 5).	
		Ingreso	Egreso	Ingreso	Egreso	Ingreso	Egreso
ANSIEDAD.	Ausencia.	2	1	0	0	0	2
	Caso que requiere consideración.	2	0	1	2	1	1
	Presencia de sintomatología relevante.	3	6	2	1	4	2
DEPRESIÓN.	Ausencia.	5	4	1	1	0	2
	Caso que requiere consideración.	1	2	1	0	1	1
	Presencia de sintomatología relevante.	1	1	1	2	4	2

Tabla 4. Comparación entre las medias de las diferencias de los scores finales e iniciales de depresión y ansiedad

	Depresión	Ansiedad
Media de días internación	17,6	17,6
Media de la diferencia puntaje	0,93	-0,67
Significancia entre la Correlación entre ambas medias	p 0, 364	p 0,163

Figura 1 Correlación entre las diferencias de los scores final e inicial de depresión y ansiedad y los días de internación.



DISCUSIÓN.

En esta serie, al igual que las estadísticas de nuestro país, la violencia intrafamiliar afecta a NNA independientemente del género, sin embargo, existe un claro predominio del femenino. Las conductas suicidas predominan también en este género, lo cual está reportado a nivel nacional e internacional^{14 15}.

La violencia hacia NNA forma parte de la VBG, justificado en el poder otorgado a los adultos varones y la desvalorización de la infancia y adolescencia como etapa vital^{16 17}. Lo expuesto evidencia la importancia de la perspectiva de género en la atención a la salud y al sistema de cuidados.

Las mujeres sufren mayor violencia que el género masculino, aunque no es exclusiva de este género. En el Informe de Gestión del Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) del 2021 se mostró un leve predominio de la violencia sobre NNA del género femenino (55%) frente a varones (45%)¹⁸.

En nuestro país se cuenta con la Ley N° 19.580¹⁹, que trata de violencia hacia las mujeres basada en género. Esta ley tiene como objetivo que se garantice el goce del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia basada en género. Que tantas niñas y adolescentes mujeres sean víctimas de violencia bajo la existencia de esta ley debe interpelar al sistema de salud y la sociedad en su conjunto. En la violencia basada en género y generaciones influyen dos factores: la pertenencia de género, que pone a las mujeres en un lugar de subordinación y de vulneración de derechos y así de mayor exposición a la violencia, y la pertenencia generacional, que trae consigo la obediencia de las generaciones jóvenes a las generaciones adultas, quienes ocupan un lugar de autoridad¹⁶. La Ley N°19.903²⁰ para la concientización y prevención de la violencia intrafamiliar hacia los NNA y la Ley N°19.747²¹ (Código de la niñez y adolescencia) tienen como fin la protección de los derechos amenazados o vulnerados de los NNA. A pesar de esta normativa, teniendo en cuenta el número de ingresos al hospital por violencia en estos tres meses, queda en evidencia las dificultades en elaborar estrategias para el abordaje de la violencia hacia NNA.

El Informe de gestión del SIPIAV, muestra que el tramo de edad en los cuales se detectaron más situaciones de violencia es el correspondiente entre los 6 y 12 años, seguido de la franja de 13 a 17 años¹⁸. Esto apoya lo observado en este estudio, donde los ingresos por MTII o SAS corresponden a las edades menores.

Por otro lado la 2da Encuesta Mundial de Salud Adolescente llevada a cabo por el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2012, muestra que los IAE en la adolescencia son más frecuentes a mayor edad¹⁵. Esto mismo se observa según Pandolfo donde la mayoría de los IAE se produjeron entre 12 y 14 años²². También se conoce que el comportamiento automutilador (es decir la realización de LAIS) comienza entre los 12 y 14 años, al igual que en este estudio²³.

El hospital de referencia para menores de 15 años procedentes de Montevideo y la región metropolitana es el CHPR³⁰. La mayoría de los pacientes ingresados pertenecían a esta zona, sin embargo hay un porcentaje importante procedente del interior del país. El motivo de ingreso de la mayoría de estos pacientes es por conductas suicidas. Según protocolos, estos NNA deben ser valorados por equipo de salud mental en las primeras 24 hs en los hospitales departamentales correspondientes. De no contar con este equipo se propone la derivación con el equipo del CHPR³⁰. Estos traslados a la capital del país pueden deberse a la insuficiencia de recursos humanos como a la complejidad de las patologías y/o abordajes. Es importante conocer los motivos vinculados a la derivación para poder trabajar con estos pacientes en sus respectivos departamentos.

En el grupo con conductas suicidas se observó una alta frecuencia de IAE previos; lo cual está de acuerdo con diversas investigaciones que indican que las personas con antecedentes de IAE tienen un alto riesgo de repetirlo. Se estima que quienes han tenido dichos antecedentes, tienen 40 veces más probabilidades de suicidarse. A su vez, se calcula que por cada suicidio consumado, existen 20 intentos previos, lo cual determina múltiples lesiones y secuelas tanto físicas como emocionales²³. Otra variable más frecuente hallada para este grupo fue el antecedente de LAIS. Estas son consideradas un factor de riesgo para suicidio debido a que se relacionan con sintomatología depresiva severa y reflejan situaciones estresantes para los adolescentes²⁴. A su vez, en este mismo grupo se estudio el antecedente de MTI y violencia sexual: todos los participantes del estudio ingresados por conductas suicidas presentaban antecedentes de uno u otro en distintos grados.

De acuerdo con Fananas la vulnerabilidad psíquica de una persona está dada en parte por su naturaleza genética pero sobretodo por las experiencias vividas en etapas tempranas, estableciendo una clara relación entre las experiencias de maltrato y un riesgo significativamente elevado para desarrollar un trastorno mental durante la propia infancia, adolescencia y edad adulta²⁵. Hay una relación estrecha entre haber experimentado maltrato y/o abuso sexual infantil (ASI) con la aparición de trastornos de la salud mental e IAE, en

consonancia con los hallazgos obtenidos ^{26 27}.

La internación fue más prolongada en los niños que ingresaron por SAS y MTI, que por conductas suicidas. En parte podría deberse a la necesidad de protección del NNA en el hospital, necesidad de articular con distintas instituciones tanto de centros educativos, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), justicia, entre otros, lo que prolonga los tiempos de internación. Luego de determinado el nivel de riesgo, se evalúa el abordaje dependiendo el tipo de maltrato y se realiza un plan de alta lo más integral posible, pero para esto se tienen que asegurar la protección del NNA, el seguimiento con el primer nivel de atención, y por último, se evalúa la realización de una denuncia judicial (sobretudo donde el riesgo por violencia es medio-alto). Todo esto podría llevar a que los plazos de internación se prolonguen en comparación a los NNA internados por conductas suicidas, ya que cuando se involucra al sistema judicial los tiempos de respuesta se hacen mayores, y asegurar la protección del NNA es de vital importancia y un requisito obligatorio para poder otorgar el alta²⁸.

En este trabajo para detectar la ansiedad y la depresión se utilizaron test de tamizaje validados, por lo que no permiten realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad o depresión pero sí realizar su sospecha. De acuerdo con Terol-Cantero y col su sensibilidad y especificidad es de .80 ²⁹. Es importante aclarar que estas pruebas fueron aplicadas por personas ajenas al equipo de salud tratante. Pero a aquellos NNA en los que se pudo realizar más de una medición se consideró importante mantener el observador para disminuir las diferencias interobservadores. Dado que se aplicó una prueba de tamizaje este trabajo nos permitió aproximarnos a la frecuencia de estos problemas. Para conocer con exactitud la frecuencia de ansiedad y depresión se requiere de una evaluación específica de cada NNA por profesionales de la salud mental y en caso de ser necesario utilizando herramientas diagnósticas validadas para tal fin.

En Uruguay la ansiedad y la depresión en NNA es un problema de salud importante. Según la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud de 2018 un 14,4% de los adolescentes y jóvenes contestó haberse sentido tan tristes o desesperados durante dos semanas seguidas o más tiempo, como para dejar de hacer sus actividades habituales, durante los últimos 12 meses³⁰. A su vez, en un estudio sobre los niños montevideanos realizado por Viola y col se halló una prevalencia de problemas emocionales y conductuales diagnosticables de 20,1%³⁴. En muchos casos estas alteraciones del ánimo se ven relacionadas con situaciones de violencia infantil y abuso sexual^{26 27}.

En esta serie se puede comprobar que al ingreso en el grupo de MTI, la ansiedad se distribuye de una forma homogénea. Sin embargo, se hace claramente evidente en este grupo la ausencia de depresión. Con respecto al grupo de SAS no hay una clara tendencia a la ansiedad o depresión. Este es un hallazgo relativo dado la poca cantidad de pacientes que se incluyeron³¹. Para finalizar el grupo de conducta suicida también presenta una distribución similar en las tres categorías de ansiedad, sin embargo la mitad de estos pacientes presentan sintomatología depresiva relevante.

Teniendo en cuenta los motivos de ingreso de los NNA podemos inferir que las situaciones domiciliarias que estos viven es compleja y les repercute generando diferentes métodos adaptativos biopsicosociales como lo son la ansiedad y depresión. Varios estudios han demostrado que durante la infancia, debido a la plasticidad neuronal y la epigenética, un factor ambiental estresante puede interferir en el desarrollo de las estructuras orgánicas biológicas de los NNA afectando su adecuado neurodesarrollo³².

Dada la frecuencia de ansiedad y depresión de los NNA que viven o han vivido situaciones de violencia, es importante considerar la pesquisa de ambas situaciones en los distintos escenarios asistenciales. Se podría sistematizar a través de preguntas o cuestionarios según las recomendaciones de la Guía para la atención integral de la salud de adolescentes, pero también se podrían utilizar los mismos instrumentos utilizados en este estudio³³.

La situación antes y después de la estadía hospitalaria de los 15 NNA a los que se les logró hacer al menos dos seguimientos, si bien la diferencia puede no ser representativa debido al tamaño de la muestra del estudio, podremos apreciar una leve tendencia a la peoría de la ansiedad en los NNA ingresados por MTI, mientras que los que ingresaron por conductas suicidas mejoran en este aspecto. En los ingresados por SAS se mantiene igual. La depresión se mantiene relativamente igual en los grupos de MTI y SAS, mientras que en las conductas suicidas mejora con la internación.

Tras la estadía hospitalaria la ansiedad podría mantenerse o incluso mejorar ya que se encuentran en un lugar donde lo primordial es su salud y protección, sin embargo dicha estadía puede ser en última instancia también la que contribuye al leve aumento de depresión de estos NNA al egreso hospitalario. Varios estudios han demostrado que la asociación entre depresión y estadía hospitalaria prolongada existe³⁴.

El aumento en los niveles de ansiedad y depresión puede explicarse debido a que la internación es una experiencia causante de estrés. La mayoría de las investigaciones en torno a la internación pediátrica muestran que las alteraciones conductuales y emocionales son muy

frecuentes en los NNA hospitalizados, siendo los trastornos más observados la ansiedad, depresión y conductas agresivas. El estar internado implica para el NNA cambios en su estilo de vida, alimentación, horarios y sueño que suelen oponerse a lo establecido en sus rutinas, falta de contacto con sus familiares y amigos, privación social y cultural y agrega la necesidad de relacionarse con un ambiente en el cual no está familiarizado ³⁵.

Hay diversos factores involucrados en los efectos psicológicos de la hospitalización infantil. Entre ellos se destacan factores personales como lo son la edad y el desarrollo biopsicosocial, la naturaleza, gravedad de la patología y experiencias previas en hospitales. También existen factores familiares como entre ellos privación de la convivencia familiar, alteración de la dinámica familiar, estrés parental. Por último, se deben destacar los factores hospitalarios: las internaciones prolongadas modifican la gestión y organización del servicio hospitalario y requiere de adecuaciones a las necesidades que estos pacientes presentan ³⁶.

En cuanto al grupo ingresado por conductas suicidas cuyos niveles de ansiedad y depresión descendieron durante la estadía hospitalaria esto podría ser porque mientras están ingresados reciben la atención necesaria para su patología como consultas diarias con el equipo de salud mental y atención continua que asegura el cumplimiento del tratamiento farmacológico. La terapia es un pilar de suma importancia en el tratamiento de las patologías de salud mental pero el acceso a consultas psicológicas y psiquiátricas desde el primer nivel de atención es difícil, mientras que acceder de forma particular implica un costo monetario poco accesible. Esto genera que muchos NNA no puedan obtener parte importante de su tratamiento, afectando así en la evolución de su patología.

A pesar de que este trabajo presenta ciertas limitaciones al momento de su ejecución, los resultados permiten mostrar la importancia de pesquisar la ansiedad y la depresión en los pacientes que ingresan por estos motivos. No se realizó un análisis longitudinal de la variación de la escala en cada NNA en particular. El principal inconveniente fue el tiempo de estudio, el cual resultó escaso con relación a los objetivos planteados. El mismo se realiza en el marco de un curso académico por lo cual no se pueden extender los tiempos ya estipulados. Debido a lo anteriormente mencionado y a las dificultades del seguimiento de los NNA internados, solo se pudo obtener 15 pacientes con más de una medición. Sería de interés continuar este trabajo por un período prolongado logrando una muestra representativa de los NNA que ingresan al hospital por este motivo.

Otra limitante fueron los criterios de inclusión y de exclusión planteados, ya que quedaron excluidos NNA menores a 10 años y escenarios de abordaje diferentes a cuidados

moderados. Tampoco se incluyeron otras patologías y/o cuando presentaban alguna discapacidad intelectual, patología encefálica aguda o crónica que dificulte la aplicación del instrumento a usar. Una paciente con hipoacusia severa no participó por no contar con un intérprete para facilitar la comunicación. A pesar de los esfuerzos realizados por el equipo de investigación no se logró disminuir la barrera que le permitía acceder a la información necesaria para consentir. Esto nos hace pensar en la necesidad de contar con herramientas que contemplen la diversidad.

Al finalizar el periodo de recolección de datos, algunos participantes continuaron internados, por ende, de estos NNA no se reflejaron sus días reales de estadía hospitalaria ni la variación real en las escalas de ansiedad y depresión.

Como fortalezas de la presente investigación, cabe destacar que se utilizó como instrumento de estudio una escala validada la cual fue realizada por el mismo investigador a los mismos pacientes. Se obtuvo una buena recepción por parte de la mayoría de NNA, además de una comunicación adecuada entre investigadores y participantes. Se considera este un trabajo que puede llegar a ser el motor de futuras investigaciones relacionadas a esta problemática.

CONCLUSIONES.

Los ingresos vinculados con violencia son observados con más frecuencia en el género femenino.

Se detectaron NNA con diferentes niveles de ansiedad y depresión al ingreso probablemente secundario al contexto violento en el que viven, siendo en los ingresados por conductas suicidas más frecuente.

Dado el escaso número de pacientes incluidos no se logró demostrar una relación estadísticamente significativa entre los días de internación y las diferencias entre la ansiedad y la depresión, sin embargo en los que se logró comparar estos niveles con los del egreso, se detectó una tendencia al aumento en los niveles de ansiedad y depresión en los ingresados por MTI, mientras que en los hospitalizados por conductas suicidas fue disminuyendo. Sería interesante profundizar sobre la magnitud y causas de estas tendencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Unicef. Ocultos a plena luz. 2014.
2. Ministerio de Salud Pública. Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del SNIS. Uruguay. 2019
3. Ministerio de Salud Pública. Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del SNIS. Uruguay. 2018.
4. Rico N. Violencia de género: un problema de derechos humanos [Internet]. 1996.
5. Aboal D, Bartol P, Nocetti A, Batista M, Lacasa C, Hernández R. Segunda encuesta nacional de prevalencia sobre violencia de género y generaciones. 2019.
6. Canclini G, Ponasso C, Berrueta I, Delmas F, Dopazo A, Llugain C, et al. Guía de Promoción de Salud y Prevención de Conductas Suicidas. Montevideo: ANEP; 2022
7. Mîndru Dana E, Stănescu Raluca S, Matei Mioara C, Duceac Letiția D, Rugina A, Temneanu Oana R, Ungureanu M, Florescu L. "STRESS IN PEDIATRIC PATIENTS – THE EFFECT OF PROLONGED HOSPITALIZATION". *Revista Medico-Chirurgicala a Societatii de Medici Si Naturalisti Din Iasi.*, 120, 417–423. 2016.
8. Lopez Fernandez MN, Alvarez-Llanez Garcia E. Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. *Bol Pediatr.* 1995. 235-240
9. Machado Maren K, Ferreira M. Inés, Olivera R, Russo M, Babic B, Giménez V, et al. Valoración antropométrica de los niños internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Arch. Pediatr. Urug.* Vol 77, no 2: 110-117. 2006.
10. Veirano C, Zunino C, Pandolfo S, Vomero A, Guerrero J, Gurin L, et al. Admisión hospitalaria por abuso sexual infantil. Centro Hospitalario Pereira Rossell 2010-2014. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. Vol 88, no 5. 2017.
11. Mitchell C. OPS/OMS. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-on-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
12. Fernández López O, Jiménez Hernández B, Alfonso Almirall R, Sabina Molina D, Cruz Navarro J. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur.* Vol 10, no 5. 466-479. 2012.
13. Valero S, Lacomba L, Casana S, Prado V, Montoya I, Perez M. La estructura factorial de la Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión en pacientes adolescentes con enfermedad crónica. *Arch Argent Pediatr.* 2019 ago 1;117(4).
14. Cañon Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Vol 20, no80. Madrid. 2018.

15. Ministerio de Salud Pública. Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. 2012.
16. Tuana A. VIOLENCIA HACIA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Voz y vos [Web]. Disponible en:
https://vozyvos.org.uy/guia_violencia_basada_en_genero/informacion_capitulo5.html#:~:text=La%20violencia%20hacia%20ni%C3%B1os%2C%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20es%20por%20lo,sumisi%C3%B3n%20de%20las%20mujeres%20y
17. Instituto interamericano del niño, la niña y adolescentes. Infancia y género, un encuentro necesario. Uruguay. 2019.
18. Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). Informe de gestión. Uruguay, 2021.
19. Ley N°19580. Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Modificación a disposiciones del Código civil y Código penal. Derogación de los arts. 24 a 29 de la Ley 17.514. Uruguay. 2018.
20. Ley N°19903. Creación de campaña nacional de concientización y prevención de la violencia intrafamiliar hacia niños, niñas y adolescentes. Uruguay. 2020.
21. Ley N°19747. Modificación del capítulo XI de la Ley 17.823, código de la niñez y la adolescencia.
22. 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. Vol 109, no 1. Buenos Aires. 2011.
23. ASSE. Protocolo de prevención y atención en la adolescencia. Intento de autoeliminación. Uruguay. 2017.
24. González-Forteza C, Romero-Basaldúa. Lorena, Jiménez-Tapia A. Lesiones autoinfligidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes. Distrito Federal; 2007.
25. Fañanás Saura L. Maltrato infantil y trastorno mental. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 2021 dic 29;38(4):1-4.
26. Joiner TE, Sachs-Ericsson NJ, Wingate LRR, Brown JS, Anestis MD, Selby EA. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. Behaviour Research and Therapy. 2007 mar;45(3):539-47.
27. Pereira NR, Navarrete CB, Parada BV. Impact of child abuse on the prevalence of mental disorders in Chilean children and adolescents. Ciencia y Enfermería. 2020;26:1-11.
28. Ministerio de Salud Pública. Protocolo para el abordaje de situaciones de maltrato a niñas, niños y adolescentes en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2019.

29. Terol-Cantero M. C, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*. 2015;31(2):494-503.
30. Arismendi M, Olivera A, Mazzuchi G, Barreto F. Informe de la IV Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2018. Montevideo; 2020 feb.
31. Riquelme Pereira N, Bustos Navarrete C, Parada BV. Impacto del maltrato infantil en la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos. *Cienc. enferm*. Vol.26. 2020. ISSN 0717-9553.
32. Amores-Villalba A, Mateos-Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*. Vol 23, no 2. 81-88. 2017.
33. Ministerio de Salud Pública. Guía para la atención integral de la salud de adolescentes. Uruguay. 2017.
34. García Panizo, RR. Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en un hospital nacional. 2015.
35. Viola L, Garrido G, Varela A. Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos. *Revista Psiquiatría Uruguaya*. 2008;9-20.
36. Lopez Fernandez MN, Alvarez-Llanez Garcia E. Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil. *Boletín Pediátrico*. 1995;6:235-40.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos al equipo del CHPR por recibirnos con la mejor disposición para poder llevar a cabo nuestro estudio. Sobre todo agradecer a los niños, niñas y adolescentes y a la familia por la buena predisposición para colaborar y ser parte del estudio.

Mención especial a nuestros orientadores Carlos Zunino, Lorena Pardo y Cecilia Echeverría por el apoyo y ayuda en este proceso de aprendizaje muy importante y enriquecedor para nuestra formación médica. Sin ellos, nada de esto hubiese sido posible.

ANEXOS.

Anexo 1. Consentimiento informado

Formulario de consentimiento informado para madre, padre o tutor

Ansiedad y depresión en infancias y adolescencias durante hospitalizaciones prolongadas por violencia.

Centro Hospitalario Pereira Rossell, julio a septiembre 2022.

Investigadores principales: Gimena Balestena, Nahomi Bermúdez, Antonella Fojo, Lucía Pereira, Azucena Riviezzi, Santiago Ruggeri.

Tutores: Prof, Adj Carlos Zunino, Prof. Adj Lorena Pardo, Asist. Cecilia Echeverria

Lugar de estudio: Clínica Pediátrica C. Hospital Pererira Rossell.

Contacto: 27091443, internacionprolongadachpr@gmail.com

En Uruguay, un porcentaje considerable de niñas, niños y adolescentes que sufren abuso y/o maltrato infantil requieren ingreso hospitalario para protección y seguimiento. Dicho seguimiento engloba gran cantidad de consultas con distintas especialidades y espera de resoluciones judiciales. Esto lleva con frecuencia a internaciones más extensas de lo habitual.

El objetivo de esta investigación es saber si hay cambios en el estado de ánimo (ansiedad o depresión) durante la internación.

Para saberlo, se realizará un estudio que incluye a las niñas, niños y adolescentes (NNA) entre 10 y 14 años que ingresen al Hospital Pereira Rossell por una situación de violencia en el periodo de julio-septiembre 2022.

Les invitamos a (nombre del NNA) a participar de esta investigación.

En caso de que acepte, se le harán una serie de preguntas para conocer su estado de ánimo. Son 14 preguntas. Llevan menos de 5 minutos. Se repetirán cada 7 días.

Además se deberá acceder a la historia clínica para conocer los antecedentes de salud relevantes.

No se realizará examen físico ni estudios de sangre u otros estudios.

El NNA podrá retirarse voluntariamente de la investigación en cualquier momento que lo desee sin la necesidad de dar explicación.

Si decide no participar o desea retirarse no le traerá ningún problema durante la internación.

Su participación es voluntaria y no traerá beneficios económicos. No tendrá beneficios directos para el NNA. Los resultados servirán para mostrar la importancia de por qué las internaciones no deben ser tan prolongadas.

Cualquier pregunta que usted tenga será respondida por los estudiantes o el equipo que los respalda, ya sea antes de firmar este documento o después de hacerlo. Ante cualquier duda o inconveniente puede acudir al equipo.

Los datos serán utilizados de forma anónima, confidencial y exclusivamente con fines educativos. Se utilizarán para escribir la monografía final del curso de sexto año de la carrera.

Yo _____, CI _____, tutor/a de _____, CI _____. Luego de ser informado sobre qué consiste la investigación, doy mi consentimiento al equipo mencionado anteriormente para que el adolescente a mi cargo sea partícipe.

Firma

Firma del investigador

Anexo 2. Formulario de asentimiento

Formulario de asentimiento informado para NNA.

Ansiedad y depresión en infancias y adolescencias durante hospitalizaciones prolongadas por violencia.

Centro Hospitalario Pereira Rossell, julio a septiembre 2022.

Investigadores principales: Gimena Balestena, Nahomi Bermúdez, Antonella Fojo, Lucía Pereira, Azucena Riviezzi, Santiago Ruggeri.

Tutores: Prof, Adj Carlos Zunino, Prof. Adj Lorena Pardo, Asist. Cecilia Echeverria

Lugar de estudio: Clínica Pediátrica C. Hospital Pererira Rossell.

Contacto: 27091443, internacionprolongadachpr@gmail.com

Hola, soy _____ (nombre de uno de los investigadores) estudiante de medicina. Con nuestros profesores estamos haciendo un trabajo de fin de año para pasar de clase.

En este hospital hay muchos niños y niñas internados al igual que vos. Algunas veces la internación puede durar varios días, en otras ocasiones es más corta. Nosotros queremos saber si la cantidad de días que están internados los niños les cambia el humor.

Por eso te invitamos a participar. Si decidís participar, vamos a venir cada una semana a preguntarte cómo estás y hacerte algunas otras preguntas, que no toman más de 5 minutos. Si no te sientes cómodo/a puedes elegir no responderlas y no hay problema. Además, tenemos que leer tu historia clínica (lo que escriben los médicos cuando te atiendes).

No te vamos a pinchar ni revisar ni hacer nada que te pueda doler o molestar.

Si no quieres participar, no hay problema, tus médicos te seguirán atendiendo como siempre.

Todo lo que te preguntemos o miremos en tu historia, no lo vamos a contar ni a decir a nadie. En nuestro trabajo no aparecerán los nombres de los niños/as o adolescentes que participen.

¿Te gustaría participar?

SI

NO

Anexo 3. Escala HADS

D	A		D	A	
		Me siento tenso o triste			Me siento sin ganas de nada
	3	La mayoría del tiempo	3		Casi todo el tiempo
	2	Bastantes veces	2		Bastante seguido
	1	Algunas veces, ocasionalmente	1		Algunas veces
	0	Para nada	0		Para nada
		Todavía disfruto las cosas que solía disfrutar			Me siento como asustado/ansioso, como con mariposas en el estómago
0		Definitivamente igual		0	Para nada
1		No tanto como antes		1	Ocasionalmente
2		Solo un poco		2	Bastante seguido
3		Apenas		3	Muy seguido
		Me siento como asustado/ansioso como si algo horrible estuviera por suceder			He perdido interés en mi apariencia
	3	Sí, y mucho	3		Sí definitivamente
	2	Sí pero no demasiado	2		No me importa tanto como debería
	1	Un poco, pero no me preocupa	1		Puede que no me importe tanto
	0	Para nada	0		Me importa tanto como siempre
		Puedo reír y ver el lado divertido de las cosas			Me siento inquieto por lo que tengo que estar en movimiento
0		Como siempre		3	Muchísimo
1		No mucho actualmente		2	Bastante
2		No como antes		1	No tanto
3		Para nada		0	Para nada

D	A		D	A	
		Pensamientos de preocupación atraviesan mi mente			Espero las cosas con entusiasmo
	3	Una gran parte del tiempo	0		Como siempre he hecho
	2	Bastante tiempo	1		Un poco menos de lo que solía
	1	Algunas veces, pero no tan seguido	2		Definitivamente menos de lo que solía
	0	Solo ocasionalmente	3		A duras penas (o apenas siquiera)
		Me siento alegre			Siento pánico de repente
3		Para nada		3	Muy seguido
2		No muy seguido		2	Bastante seguido
1		A veces		1	No tan seguido
0		La mayor parte del tiempo		0	Para nada
		Me puedo sentir tranquilo y relajado			Puedo disfrutar de libros, radio y programas de TV.
	0	Definitivamente	0		Seguido
	1	Usualmente	1		Algunas veces
	2	No muy seguido	2		No muy seguido
	3	Para nada	3		Apenas