

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**



TESIS:

Síntomas de depresión, ansiedad, estrés agudo, estrés postraumático y autolesiones identificados durante la pandemia por Covid-19 en niños, niñas y adolescentes de México

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA
PRESENTA:**

Victoria Margarita López Mendoza

TUTORA METODOLOGICA:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Claudia Iveth Astudillo García".

Dra. Claudia Iveth Astudillo García

TUTORA TEORICA:

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Beatriz Paulina Vázquez Jaime".

Dra. Beatriz Paulina Vázquez Jaime

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Victoria Margarita López Mendoza

Correo electrónico: vikm.lom@gmail.com

Nombre del Tutor (a) Metodológico:

Dra. Claudia Iveth Astudillo García

Correo electrónico: claudiaiveth.astudillo@gmail.com

Institución donde labora: Servicios de Atención Psiquiátrica

Nombre del Tutor (a) Teórico:

Dra. Beatriz Paulina Velázquez Jaime

Correo electrónico: bpavaz@gmail.com

Institución donde labora: Servicios de Atención Psiquiátrica.

RESUMEN

Antecedentes: La pandemia por la Covid-19 y sus consecuencias, afectan la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes, principalmente por el distanciamiento social en etapas cruciales del desarrollo social y del aprendizaje. Esta población se ha visto mermada debido a las dificultades de la escuela en línea, la interacción con sus pares o incluso con familiares cercanos y de los que viven en su hogar. A esto debemos agregar la violencia económica, psicológica e intrafamiliar, así como la propia salud mental de cuidadores y tutores. Es importante identificar los cambios en la salud mental durante esta pandemia, y las características de la población que los presenta, con el fin de realizar las acciones necesarias para la atención de la población menor de edad. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de sintomatología de depresión, ansiedad, estrés agudo y de trastorno de estrés postraumático, así como de autolesiones en adolescentes de 13 a 17 años, derivados de la contingencia sanitaria por la Covid-19 en México a través de una encuesta de tamizaje en salud mental. **Material y Métodos:** Se realizó una encuesta, la cual fue implementada por el equipo de la Facultad de Psicología de la UNAM y difundida en el portal de coronavirus.gob.mx. Se invitó a las personas a participar de manera voluntaria y confidencial. El cuestionario fue autoaplicado, y respondido en línea mediante dispositivos electrónicos. **Resultados y Conclusiones:** Se encontró que las mujeres presentan mayor porcentaje de riesgo de ansiedad mínimo a bajo (41.07%), y medio a alto (23.78%), a diferencia de los varones, quienes no presentan riesgo de ansiedad (49.28). En depresión, el 48.63% no presentan riesgo, las mujeres presentan mayor porcentaje de riesgo mínimo a bajo y de medio a alto (38.91% y 25.88% respectivamente), En riesgo de estrés agudo y postraumático, los hombres tienen el 42.11% sin riesgo, las mujeres el 55.76% en el riesgo mínimo a bajo. En riesgo de autolesiones, 74.69% de hombres no tienen riesgo, y el 34.11% de las mujeres presentan el riesgo. Dentro de las características de la población que presenta una mayor probabilidad de síntomas psiquiátricos, están el diagnóstico previo de depresión, la violencia física y emocional, el cuidar a un tercero, la muerte de un familiar durante la pandemia, la sospecha y confirmación de la Covid-19. **Términos MeSH:** Psiquiatría infantil, Covid-19, Depresión, ansiedad, estrés agudo, estrés postraumático, México.

INDICE	
Introducción	4
Marco Teórico	5
Tabla 1	8
Planteamiento del problema	13
Justificación	13
Hipótesis	13
Objetivo General y Específicos	14
Material y Métodos	14
Tipo de diseño	14
Muestra.....	14
Variables.....	15
Tabla 2. Descripción de variables	15
Procedimiento	17
Diagrama de flujo.....	18
Instrumentos de Medición	19
Análisis estadístico	21
Consideraciones éticas	22
Resultados	22
Tabla 3	23
Tabla 4	24
Tabla 5	25
Tabla 6	26
Tabla 7	27
Tabla 8	28
Discusión	29
Conclusiones	32
Limitaciones y recomendaciones	33
Referencias	34
Anexos	38
Anexo 1. Portada de Tamizaje de Salud Mental Covid-19	38
Anexo 2. Dictamen del comité de ética:	39
Anexo 3. Registro de tesis	40
Anexo 4. Resolución del comité de Ética del HPIJNN	41

INTRODUCCIÓN

La pandemia por la Covid-19 y sus consecuencias, no solo afectan la salud física de la población mundial, también ha afectado la salud mental. No solo de quienes se encuentran dentro de las poblaciones de riesgo de enfermar, si no de quienes secundan la necesidad de restricción de actividades, entre los que se encuentran los niños, niñas y adolescentes, afectados principalmente por el distanciamiento social, en etapas cruciales del desarrollo social y del aprendizaje. Estos se han visto mermados debido a las dificultades de la escuela en línea que interfiere en la enseñanza y el aprendizaje escolar, la interacción con sus pares o incluso con familiares cercanos, considerando también a las personas vulnerables que viven dentro de hogares con niños, niñas y adolescentes. A esto debemos agregar los problemas propios de nuestro país, como la violencia económica, psicológica e intrafamiliar, así como de la propia salud mental de cuidadores y tutores.

Si bien, la pandemia derivada de la Covid-19 ha avanzado de manera rápida, dando poca oportunidad de prevenir y evitar riesgos a la salud mental, aunado al temor latente sobre todo al inicio de la contingencia, es importante identificar qué síntomas han sido más predominantes, y las características de la población más vulnerable, a quienes las instituciones públicas deben de considerar para evitar el avance o surgimiento de un alza en la necesidad de atención en salud mental, sobre todo en quienes viven con bajos recursos, para evitar las posibles secuelas a largo plazo en la productividad y economía en salud.

De acuerdo a los estudios que se han publicado respecto a la salud mental de niños y adolescentes durante el confinamiento, hemos encontrado múltiples factores de riesgo y características de las poblaciones con tendencia a presentar un riesgo elevado de síntomas de depresión, ansiedad y autolesiones. Dichas características de las poblaciones estudiadas suelen asociarse a la pérdida de rutinas y al estrés psicosocial que genera el distanciamiento, confinamiento, además de problemas económicos, de violencia, riesgo de contagio y otros factores que merman la salud mental.

MARCO TEÓRICO

La Covid-19 es la enfermedad resultante de la infección por el agente etiológico SARS-CoV-2, que afecta principalmente las vías respiratorias. Esta enfermedad fue detectada por primera vez en la ciudad de Wuhan, China en diciembre de 2019. De forma rápida, se expandió por Europa y llegó a América, donde se ha reportado una letalidad promedio de hasta el 5%¹.

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró la enfermedad como pandemia. La propagación de dicho virus fue dirigiéndose hacia países de Europa, principalmente Italia y España, donde presentaron cifras críticas en la atención de las personas infectadas y que desarrollaron la enfermedad².

La Covid-19 se caracteriza por presentar síntomas como: fiebre, tos seca, hiporexia, congestión nasal, principalmente. Hasta ahora, se identifica como población de riesgo a las personas mayores de 65 años, y personas que padezcan otras enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad grave, enfermedad hepática, etc³.

Los menores de 19 años no escapan a esta realidad, están expuestos al virus en sus hogares y áreas de convivencia. Se ha documentado la importancia de los niños y adolescentes como portadores sanos del virus, poniendo sobre el tapete que el infante es capaz de transmitir la enfermedad sin tener síntomas, lo que constituye un riesgo para los más vulnerables³.

En el estudio *Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China*, país que inicia con los primeros casos de la enfermedad y que reporta 2,143 casos en menores de 20 años, la fuente de infección mayor fue en el hogar, el mayor número de casos se encontraba en el grupo de edad entre los 6-10 años (promedio de edad 7 años), con predominio en el sexo masculino (56.6%), con un tiempo promedio de diagnóstico de 2 días⁴.

Este estudio destaca que el 90% de los casos fueron asintomáticos, leves o moderados y que no requirieron de hospitalización; solo el 5.9% de los casos necesitó atención de cuidados críticos; el riesgo de enfermedad crítica fue mayor en los menores de 1 año con 10.6%; en el grupo de 11-15 años, el riesgo de enfermedad crítica fue de 4.1% y en los mayores de 16 años de 3%⁴.

En España, para el 20 de abril del 2020, la secretaria general de Sanidad reportaba unos 1,305 casos en menores de 19 años (484 menores de 9 años y 821 de 10-19 años), con una mortalidad inferior al 1% en ambos grupos de edad, siendo notorio que, a mayor edad, mayor riesgo de enfermar⁵.

El hecho de que la COVID 19 en niños y adolescentes tenga un comportamiento más benigno que en los adultos, no deja de tener importancia; el 90% de los infantes que enferman pueden no tener síntomas o tenerlos de forma leve a moderada, un 10% tendrá manifestaciones que ameritarán atención médica y de ellos la mitad necesitará hospitalización y un número más reducido necesitarán terapia intensiva^{6,7}.

Esta pandemia y las medidas de contención, están afectando varios aspectos de la vida de los niños, niñas y adolescentes: su salud física, su desarrollo, sus posibilidades de aprendizaje, su comportamiento, la seguridad económica de sus familias y su protección frente a la violencia y el abuso; que en consecuencia impactan en su salud mental⁸.

Durante la infancia y adolescencia, el desarrollo cognitivo, social y emocional atraviesa sus fases más cruciales. Las experiencias que se viven en estas etapas ocupan un lugar crítico en la conformación de la salud mental de una persona y, por tanto, son elementos esenciales para gozar de un buen estado de salud y calidad de vida en las diferentes etapas⁹.

Ante esto, se corre el peligro de no contar con los medios adecuados que ayuden a detectar y mitigar el impacto en la salud mental de la infancia adolescencia durante la contingencia sanitaria y la crisis socio-económica y educativa. Para esto, contribuyen varios factores: los recursos destinados a los servicios de salud y salud mental, el apoyo psicosocial, la ausencia de estrategias globales, las

diferencias entre la vasta población, la coordinación entre los profesionales de salud y los equipos de apoyo social¹⁰.

Durante una epidemia, es común que las personas se sientan estresadas y preocupadas. Entre las respuestas psicológicas más comunes se encuentran¹⁰:

- Miedo a enfermarse y morir.
- Miedo a acudir a los centros sanitarios.
- Miedo a perder el trabajo y los medios de vida.
- Miedo a sentirse excluido o ser asociado con la enfermedad.
- Miedo a perder a seres queridos e impotencia por no poder protegerlos.
- Miedo a ser separados de los seres queridos durante una cuarentena.
- Rechazo al cuidado de niños y otras personas dependientes pertenecientes a otros núcleos familiares.
- Sentimientos de impotencia, aburrimiento, soledad y depresión.

La exposición prolongada a miedo, preocupación, incertidumbre y otros estresores puede tener consecuencias a largo plazo para las familias, las comunidades y las personas más vulnerables, entre las que se encuentran¹⁰:

- Depresión, baja autoestima, falta de confianza en sí mismo, inseguridad, etc.
- Deterioro de las relaciones sociales y de las dinámicas económicas.
- Estigmatización de las personas que han padecido la enfermedad.
- Aumento potencial de la agresividad y agresiones a la infancia y a las parejas (aumento de la violencia intrafamiliar y de género).
- Desconfianza de la información oficial.
- Recaídas de las personas con problemas de salud mental y/o adicciones.

Por el contrario, hay personas que pueden experimentar experiencias positivas, como resiliencia y orgullo por haber sido capaces de encontrar estrategias para afrontar la situación. Personas que muestran un nivel alto de altruismo y cooperación, e incluso que sienten una gran satisfacción cuando ayudan a los demás¹⁰.

Los primeros estudios realizados en China durante la pandemia por la Covid-19, señalaban que la pérdida de rutinas y el estrés psicosocial estaban entre los principales factores con impacto psicológico en los niños¹¹.

Como muestran las crisis humanitarias y otras situaciones traumáticas, las reacciones de los niños, niñas y adolescentes que han atravesado momentos muy difíciles pueden incluir trastornos de sueño, sentimientos de ansiedad y depresión, autolesiones o dificultades de concentración. Además, hay manifestaciones que difieren en función de la edad (Cuadro 1)¹².

Tabla 1. Síntomas presentados por grupos de edad durante crisis humanitarias y experiencias traumáticas.

Grupo de edad	Síntomas relacionados a crisis humanitarias
Preescolares	Miedo a estar solos, miedo a la oscuridad, pesadillas, regresiones, dificultades en la alimentación, aumento de rabietas, conducta aferrada.
Escolares	Irritabilidad, pesadillas, problemas de sueño y alimentación, dolores de cabeza, malestares intestinales, problemas de conducta, apego excesivo, competencia entre hermanos por la atención de los padres y retraimiento social de los demás
Adolescentes	Síntomas físicos, dificultades con el sueño, apetito y autocuidado, aislamiento de compañeros y familiares, cambios en los niveles de energía, la apatía, o la desatención a los consejos sanitarios.

Hay, además, una alta correlación entre los niveles de estrés de los padres y los de los hijos. Los problemas emocionales han crecido al tiempo que lo hacían las dificultades en la convivencia familiar¹³.

Otra investigación internacional de *Save the Children* realizada en los meses de confinamiento, y que incluyó a España, revelaba que el 25% de las 2,000 familias de bajos ingresos entrevistadas en España, estaban sufriendo niveles altos de

angustia, y que sus hijos tenían miedo, angustia y preocupación sobre la situación de las familias¹⁴.

Según una Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia, disponemos de datos con suficiente evidencia científica, que comienzan a arrojar algo de luz sobre la repercusión que el confinamiento tiene en nuestra población infantil y adolescente. Aun siendo esta una importante preocupación, podría verse agravada por los efectos en nuestros niños, niñas y adolescentes cuando se sumen otros factores que ya sabemos cómo repercuten en la salud mental (preocupaciones familiares sobre el futuro económico, el paro, el aumento de los trastornos de salud mental en los progenitores, etc.), especialmente en los más vulnerables, como son los que ya tienen un trastorno mental. La atención a la salud mental no debe quedar olvidada y deberá asegurarse, desde el punto de vista sanitario, en un contexto de colaboración estrecha con la Atención Comunitaria. El objetivo es evitar la patologización, priorizando aspectos de promoción de la salud y la derivación cuando sea necesaria a los Servicios especializados de Salud Mental, una Atención Primaria reforzada y una Salud Mental Infanto-Juvenil también fortalecida, y ambas comunicadas, deben atender estas demandas¹⁵.

Según Zhang (2021), al realizar una encuesta a niños y adolescentes de 9 a 15 años de China, con dos mediciones, uno en noviembre del 2019 y una segunda encuesta en la mayo del 2020, se encontró un aumento en la presencia de síntomas depresivos (de 18.5% a 24.9%), en autolesiones no suicidas (31.8 a 42%), ideación suicida (22.5% a 29.7%) y plan de suicidio (8.7 a 14.6%). Dicho aumento de la prevalencia, se podría atribuir sobre las medidas de aislamiento que requirieron ser prolongadas¹⁶.

Así mismo, en otro estudio realizado en Noruega, se realizó una comparación entre una encuesta en salud mental realizada en febrero del 2019 y otra muestra tomada en junio del 2020, encontrando aumento de los niveles clínicos de ansiedad y depresión, pasando del 5.5% al 6.3%, asociándose al incremento factores como ser una niña, tener problemas de salud preexistentes y vivir en hogar monoparental¹⁷.

Se reconoce que durante la adolescencia, existen cambios importantes del desarrollo, lo que genera ya de por sí, ser una etapa angustiosa, considerando los ambos físicos y químicos que ocurren en el cerebro, lo cual aumenta la emocionalidad en respuesta a factores estresantes reales o percibidos¹⁸.

Otra característica importante de la etapa de la adolescencia, es el aumento de la sensibilidad social. Los adolescentes se esfuerzan por independizarse de sus padres, así como aumenta el tiempo que pasan con sus compañeros, convirtiéndose estos en la principal fuente de interacción e influencia. Así mismo, estas relaciones sociales pueden ser una fuente importante de conflicto, rechazo y estrés interpersonal. La aceptación y el rechazo de los compañeros, se utiliza para guiar comportamientos, dar forma al auto concepto y medir la autoestima.¹⁸

En un estudio que encuestó 1,738 participantes chinos en dos momentos después del comienzo de la pandemia, no encontraron cambios significativos a lo largo del tiempo en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés durante el período de estudio (Wang, C., Pan, R., Wan, X 2020). Sin embargo, hubo algunos indicios de que las personas más jóvenes (de 12 a 21 años) percibían que el impacto de la Covid-19 era mayor que los adultos mayores (de 50 a 59 años). Así mismo, se encontró que tomar medidas de precaución para evitar la transmisión (por ejemplo, lavarse las manos con regularidad), cumplir con las órdenes de quedarse en casa y la baja probabilidad percibida de contraer y morir a causa de la Covid-19 fueron protectoras.¹⁹

Otro estudio (Chen, F., Zheng, D., Liu, J., Gong, 2020), también encontró altos niveles de depresión y ansiedad en adolescentes chinos durante el pico de la pandemia, aunque se informaron niveles más bajos entre hombres y jóvenes que regularmente hacían ejercicio.²⁰

En un estudio centrado en la juventud, se compararon informes retrospectivos de síntomas de salud mental tres meses antes de la pandemia y después de tres semanas de pandemia entre 622 adolescentes y adultos jóvenes canadienses. Los participantes percibieron reducciones en su salud mental a lo largo del período, particularmente en depresión o bajo estado de ánimo y ansiedad.²¹

Otra encuesta de 1054 adolescentes canadienses encontró que los adolescentes estaban más preocupados por el impacto en su escolaridad,

seguida de preocupaciones generales sobre la crisis de la Covid-19, y no sentirse conectado con los amigos. Además de las preocupaciones relacionadas con la Covid-19, pasar menos tiempo en el trabajo escolar y más tiempo interactuando con amigos de manera virtual, se asoció positivamente con mayor depresión, mientras que pasar más tiempo con la familia se asoció negativamente. Las preocupaciones relacionadas con la Covid-19 también se asociaron positivamente con la soledad, mientras que realizar más actividad física se asoció negativamente.²²

En mayo de 2020 se realizó un estudio transversal (1.794 adolescentes, edad media = 15.26) mediante una encuesta en línea para recopilar datos sociodemográficos, miedo relacionado con la Covid-19, nutrición, actividad física y síntomas de insomnio, depresión y ansiedad. Se encontró que la prevalencia de síntomas de insomnio, depresión y ansiedad fue del 37,80%, 48,20% y 36,70%, respectivamente. Modelos lineales generalizados revelaron que mujeres, niños abandonados y estudiantes con más miedo a la Covid-19 tendían a informar síntomas de insomnio, depresión y ansiedad simultáneamente. Después de ajustar los factores sociodemográficos y el miedo a la Covid-19, mejor estado nutricional y la actividad física moderadamente activa se asociaron con niveles más bajos de síntomas de depresión y ansiedad, mientras que la actividad física muy activa se asoció con niveles más bajos de insomnio, síntomas depresivos y de ansiedad.²³

En cuanto a los adolescentes que previamente contaban con algún diagnóstico psiquiátrico, se realizó una entrevista a 194 padres vía telefónica desde el 20 de abril al 15 de mayo de 2020, proporcionando información acerca de los efectos de la cuarentena en los menores. Se encontró que, el 50% de los participantes estaban diagnosticados con trastornos hiperkinéticos. La situación clínica de los menores se mantuvo sin cambios relevantes en un 51.4% (período rígido de confinamiento) y del 47.4% (período flexible). El 11% de los pacientes utilizaron > 8 h diarias dispositivos electrónicos durante la flexibilización, respecto al 3,9% durante el período rígido. Acerca de los ritmos biológicos, hasta un 34% de los pacientes (período rígido) y un 40.7% (período flexible) se acostaron después de medianoche. Un 25.2% de los pacientes durante el período rígido confirmaron

un aumento de apetito. Solo el 2.58% de los menores expresaron elevada preocupación por la Covid-19.²⁴

En otro estudio observacional descriptivo de corte transversal, realizado en Cuba, con una muestra de 47 niños y adolescentes. Se les realizó una entrevista y se aplicó a la familia la entrevista de afrontamiento familiar y la prueba FF-SIL. Se encontró que la mayor repercusión psicológica estaba en niños de 5 a 9 años (48.8 %), sin diferencias significativas en relación al sexo; con antecedentes de patología psiquiátrica, con predominio de trastorno por déficit de atención y trastornos neuróticos. La ansiedad (12.7 %) fue la manifestación psicológica más frecuente al mes, mientras que a los tres meses fueron la hiperactividad motora y verbal (48.8 %), temor a la muerte (46.8 %) y ansiedad somatizada (44.6 %). Con respecto a la familia, el resultado estuvo relacionado con alteraciones en su dinámica, con predominio de las manifestaciones de ansiedad y miedo (ambas con 57.4 %) y depresión (38.2 %), sobre todo en las madres.²⁵

Las barreras para la atención especializada en psiquiatría infantil se han aumentado de manera exponencial durante esta crisis por el coronavirus. Las dificultades para el traslado, el riesgo de contagio en las instituciones de salud, la suspensión de muchos servicios de consulta y la ya difícil tarea de obtener una cita hacen que sea más complicado acceder a un especialista en psiquiatría infantil. En este escenario entra en juego el recurso de la telemedicina y con más precisión la psiquiatría en modalidad de consulta interactiva.²⁶

La telepsiquiatría con niños y adolescentes consiste en el uso de telecomunicaciones y tecnología informática para proveer acceso a servicios de psiquiatría enfocada a la población pediátrica. Esta modalidad debe incluir como mínimo audio y video⁴⁵. Para algunos especialistas es una novedad, pero este campo no es nuevo, lleva en desarrollo varios años. El uso de la telemedicina lleva a disminución de costos, facilidad en el acceso, diagnósticos acertados y tratamientos efectivos. No solo se han utilizado en la consulta general, también se ha llevado al servicio de urgencias, a las unidades de cuidado crítico infantil y a la psiquiatría comunitaria.^{27.28}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Identificando los posibles riesgos que se han descrito a nivel mundial y con las diferencias en cada región y país de acuerdo a su realidad social y cultural, además de las grandes diferencias entre los protocolos de atención de la enfermedad y de las medidas de restricción entre cada país, es importante la identificación de las cifras respecto a ansiedad y depresión en las que se encuentran los adolescentes en nuestro país. Esto, podría dar bases para la planeación de estrategias de atención en salud mental. A partir de esto, y del inicio de la investigación de las repercusiones del fenómeno de la contingencia por la Covid-19 en nuestro país sobre los adolescentes, a través de encuestas vía online en el país, se hace la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de sintomatología de depresión, ansiedad, estrés agudo y de trastorno de estrés postraumático, así como de autolesiones en adolescentes de 13 a 17 años durante la contingencia de la Covid-19 en México?

JUSTIFICACIÓN

Debido a que la situación de pandemia derivada del Covid-19 es un fenómeno crucial en la historia^{4,8}, influyendo en todas las áreas de un individuo, generando estresores que pueden repercutir en él y que pueden derivar en problemas de salud mental^{2,4,8,10}. En este estudio se analizan los datos obtenidos en el Tamizaje de salud mental Covid-19 en la población adolescente realizada por la Universidad Nacional Autónoma de México.

HIPÓTESIS

Conforme lo que se conoce sobre los fenómenos que ocurren durante las crisis sociales y de salud, en los cuales se ha identificado repercusiones en la salud mental de la población, por lo que presume que, durante la contingencia por la Covid-19 en México, se presentó una alta prevalencia en el riesgo de presentar síntomas de depresión, ansiedad, estrés agudo y de trastorno de estrés postraumático, así como de autolesiones, y los cuales están relacionados con factores de riesgo identificados en la literatura, como el género, la violencia, la escolaridad, y las medidas estrictas de confinamiento.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

General:

Conocer la prevalencia de sintomatología de depresión, ansiedad, estrés agudo y de trastorno de estrés postraumático, así como de autolesiones en adolescentes de 13 a 17 años, derivados de la contingencia sanitaria por la Covid-19 en México a través de una encuesta de tamizaje en salud mental.

Específicos:

Describir las características sociodemográficas de los adolescentes que presentan sintomatología de depresión, ansiedad, estrés agudo y de trastorno de estrés postraumático, así como de autolesiones durante la contingencia sanitaria por la Covid-19 en México.

Describir posibles factores de riesgo para la presentación de síntomas de depresión, ansiedad, estrés agudo y de trastorno de estrés postraumático, así como de autolesiones en adolescentes durante la contingencia sanitaria por la Covid-19 en México.

Describir las características de las poblaciones que presentan sintomatología de depresión, ansiedad, estrés agudo y de trastorno de estrés postraumático, así como de autolesiones y los síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes durante la contingencia sanitaria por la Covid-19 en México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño: Análisis secundario de datos. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo.

Muestra:

Se realizó a través de una encuesta dentro de una plataforma en línea, el tamizaje de probables problemas de salud mental frente a la Covid-19 con base en instrumentos breves a completarse de manera anónima y confidencial.

Se incluirá a los usuarios que aseguraron tener una edad entre 13 y 17 años, que hayan contestado el tamizaje en síntomas depresivos y ansiosos, que hayan aceptado el consentimiento informado.

Tabla 2. Descripción de variables:

Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
1. Enfermedad por la COVID 19	Diagnostico o presencia de síntomas de la Covid-19	Los participantes respondieron si en ese momento se encontraban con sospecha o infección confirmada por la Covid-19	Categórica Independiente	Sospecha Confirmado
2. Ansiedad	Síntomas compatibles con ansiedad generalizada	Se calificaron 5 reactivos, con base en la escala breve de tamizaje de ansiedad de Goldbeg y cols, cada uno con calificación del 0 al 10 de acuerdo a la intensidad	Intervalo Dependiente	0-4 Sin riesgo 5-30 Riesgo mínimo-bajo 31-50 Riesgo medio-alto
3. Depresión	Síntomas compatibles con depresión	Se calificaron 2 reactivos, con base en el PHQ-2, cada uno con calificación del 0-10 de acuerdo a la intensidad	Intervalo Dependiente	0-1 Sin riesgo 2-12 Riesgo mínimo-bajo 13-20 Riesgo medio-alto
4. Somatización	Síntomas compatibles con ansiedad por la salud y somatización	Se calificaran 8 reactivos, con base en el Cuestionario de Evaluación del estado actual SSOM, cada uno con calificación del 0 al 10 de acuerdo a la intensidad	Intervalo Dependiente	0-7 Sin riesgo 8-48 Riesgo mínimo-bajo 49-80 Riesgo medio-alto

Tabla 2. Descripción de variables (Continuación):				
Nombre de la Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
6. Estrés agudo y postraumático	Síntomas compatibles con reacción a estrés agudo y estrés postraumático	Se calificaran 17 reactivos de acuerdo al Chequeo para trastorno de estrés. postraumático PCL-5, cada uno con calificación del 0 al 10 de acuerdo a la intensidad	Intervalo Dependiente	0-16 Sin riesgo 17-102 Riesgo mínimo-bajo 103-170 Riesgo medio-alto
7. Autolesiones	Sentir deseos de hacer cosas para hacerse daño	Se evaluara por medio de un reactivo, de la escala de PLC-5 (pregunta 13)	Intervalo Independiente	Sin riesgo: 0 puntos Riesgo: Cualquier respuesta diferente a 0
8. Víctima de violencia física	Percibirse como víctima de violencia física en el último mes	Se evaluara a través de un reactivo (Preg 59)	Nominal Dependiente	-No hay antecedente de haber recibido violencia -Si fue víctima de violencia física
9. Víctima de violencia emocional	Percibirse como víctima de violencia emocional en el último mes	Se evaluara a través de un reactivo (Preg 60)	Nominal Dependiente	-No hay antecedente de haber recibido violencia -Si fue víctima de violencia emocional
10. Sexo	División de población de acuerdo al género con el que mejor se identifican	Femenino o Masculino	Nominal Independiente	-Femenino -Masculino
11. Cumplimiento de cuarentena	Si cumple con las medidas de resguardo dentro de casa	Se preguntara si lo cumple, si no lo cumple, o lo cumple de manera parcial	Nominal Independiente	-Cumple cuarentena -No cumple cuarentena -Cumple cuarentena de manera parcial

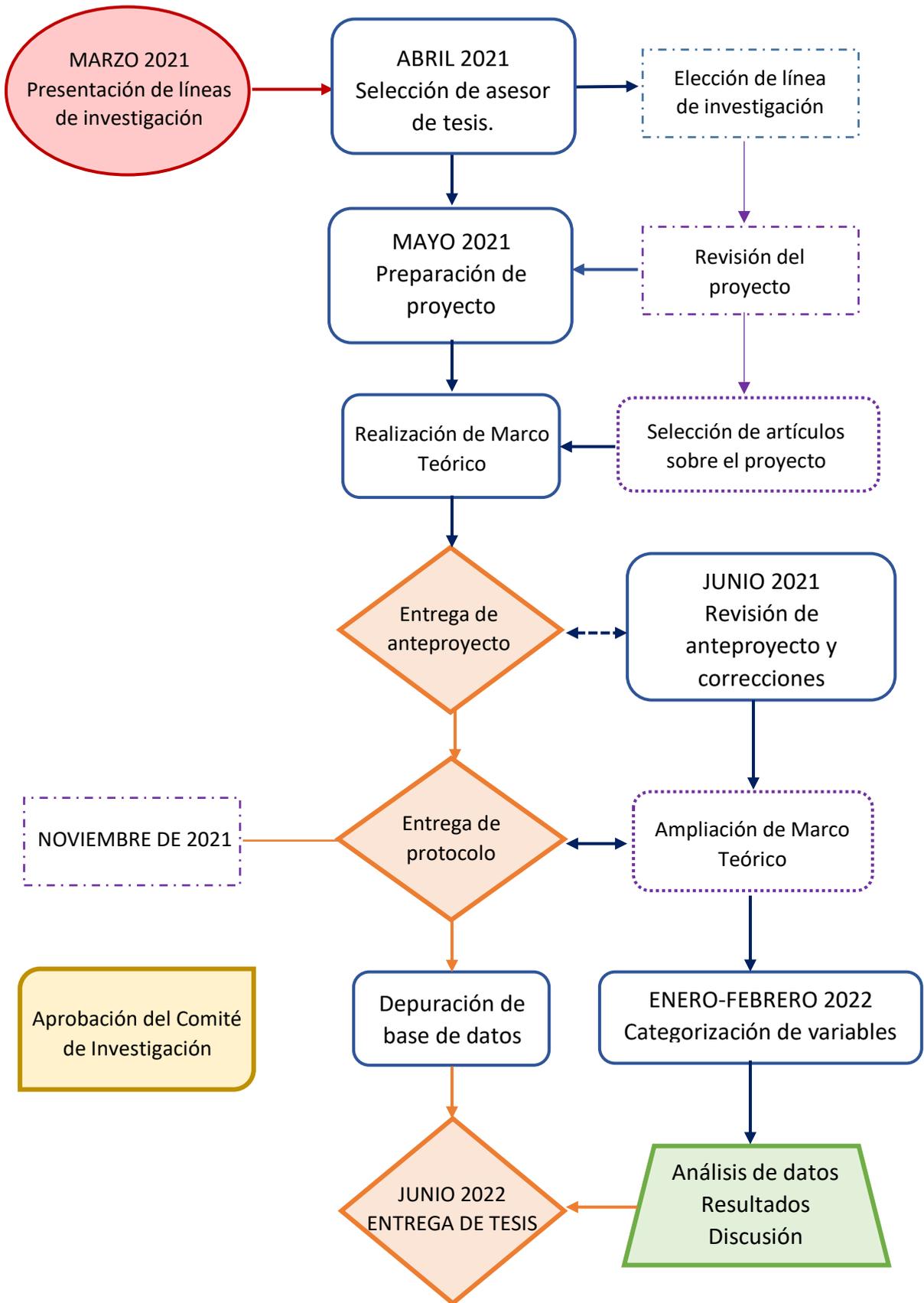
Tabla 2. Descripción de variables (Continuación):				
Nombre de la Variable	Nombre de la Variable	Nombre de la Variable	Nombre de la Variable	Nombre de la Variable
12. Estar a cargo del cuidado de un tercero	Tener a su cargo el cuidado de un niño, una persona mayor de 65 años o con alguna enfermedad crónica	Se preguntara en 3 reactivos si cumple con alguna de estas res condiciones	Nominal Independiente	-No es cuidador -Cuida de un niño -Cuida de un adulto mayor -Cuida de una persona con enfermedad crónica

Procedimiento:

Se realizó un análisis secundario de la base de datos derivados de la encuesta en línea de Atención Psicológica a Distancia para la Salud Mental por la contingencia por la Covid-19". Esta encuesta formó parte de las acciones que se implementaron en México lideradas por la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Nacional de Psiquiatría, así como por asociaciones de la sociedad civil, y otras instituciones, con el objetivo de atender las demandas en salud mental de la población y reducir el estrés de las personas afectadas por la pandemia de la Covid-19. Fue implementada por el equipo de la Facultad de Psicología de la UNAM y difundida por el gobierno federal en el portal de coronavirus.gob.mx en la sección de salud mental. En el mismo portal, se invitó a las personas a participar de manera voluntaria y confidencial, y se ofrecieron recursos de ayuda acordes con los niveles de riesgo detectados para diferentes problemas de salud metal. El cuestionario fue autoaplicado, y respondido en línea mediante dispositivos electrónicos. La descripción de la encuesta en general y del resto de las variables evaluadas se encuentra descritos en Morales et al³⁸. (Figura 1)

Para el presente estudio se analizaron los datos obtenidos de los adolescentes entre 13 a 17 años que respondieron a la encuesta en línea.

Figura 1. Procedimiento del estudio



Instrumentos de medición:

A continuación, se describen de forma general, las características de cada una de esas subescalas, así como de las secciones del instrumento (Tamizaje de Salud Mental Covid-19. Anexo 1).

- **ESTRÉS AGUDO Y POSTRAUMÁTICO (E INSOMNIO).** Evaluados con base en la lista de Chequeo para Trastorno por Estrés Postraumático PCL-5. En el compendio de instrumentos: Reactivos 1 al 17; insomnio (reactivo 14). Puntos de corte: 0-16= sin riesgo, 17-51= riesgo mínimo, 52-102= riesgo bajo, 103-153= riesgo medio, 154-170= riesgo alto. Se trata de una medida de auto reporte de 17 reactivos que evalúa la presencia de síntomas de estrés postraumático correspondientes con los criterios diagnósticos del DSM-5 para este trastorno; y puede utilizarse para establecer un diagnóstico temporal del mismo (a confirmarse ante el contacto con un clínico experto). Esta herramienta ha probado propiedades psicométricas adecuadas para el tamizaje de síntomas de estrés agudo y postraumático, incluyendo su versión en español para México (que fue empleada para evaluación de población general y primeros respondientes en el sismo de 2017) (Blevins et al., 2015; Cohen et al., 2014; Zenteno, & Fresno, 201).
- **ANSIEDAD GENERALIZADA.** Evaluación con base en escala breve de tamizaje de ansiedad de Goldberg y cols. (2017). En el compendio de instrumentos: Reactivos 18-22. Puntos de corte: 0-4= sin riesgo, 5-15= riesgo mínimo, 16-30= riesgo bajo, 31-45= riesgo medio, 46-50= riesgo alto. La escala breve de tamizaje de ansiedad es un instrumento de cinco reactivos que ha demostrado adecuada sensibilidad y especificidad en diversos países, incluido México (Goldberg et al., 2017).
- **ANSIEDAD DE SALUD Y DISTRÉS CORPORAL (SOMATIZACIÓN).** Evaluación con base en Cuestionario de Evaluación del estado actual SSOM (Caballo, 2011). En el compendio de instrumentos: Reactivos 23 al 30. Puntos de corte: 0-7= sin riesgo, 8-24= riesgo mínimo, 25-48= riesgo bajo, 49-72= riesgo medio, 73-80= riesgo alto. El SSOM es un instrumento auto aplicable

de 8 reactivos que evalúa la percepción del estado de salud, y ha mostrado ser efectivo para determinar la gravedad de sintomatología somática y sus variaciones ante intervenciones psicológicas en pacientes con trastorno por distrés corporal (o somatización) en España y México (González, 2015; Velasco, Ruiz, & Álvarez-Dardet, 2006).

- **DEPRESIÓN.** Evaluada con base en PHQ-2. En el compendio de instrumentos: Reactivos 31 al 32. Puntos de corte: 0-1= sin riesgo, 2-6= riesgo mínimo, 7-12= riesgo bajo, 13-17= riesgo medio, 18-20= riesgo alto. El PHQ-2 es un instrumento auto aplicable que explora la frecuencia de ánimo depresivo y anhedonia en las últimas dos semanas. Ha demostrado ser una medida con validez de constructo, concurrente y divergente, con alta consistencia interna y sensibilidad para tamizar depresión mayor (a confirmar por un clínico) en muy diversos contextos, incluyendo el rural en México (Arrieta et al., 2017; Arroll et al, 2010; Mitchel et al., 2016). Se recomienda evaluar por separado el riesgo de suicidio, ya que, no incluyendo reactivos en este sentido, no resulta una medida adecuada para predecirle (Dueweke et al., 2018).
- **VIOLENCIA FISICA.** Se evaluó a través del reactivo 59 del compendio de instrumentos, con la siguiente pregunta: En el último mes, ¿Alguien la (o) lastimó físicamente de forma intencional? (por ejemplo, empujar, golpear, pellizcar, etc.), en la que solo existen dos respuestas: Si o No.
- **VIOLENCIA EMOCIONAL.** Se evaluó a través del reactivo 60 del compendio de instrumentos, con la siguiente pregunta: En el último mes, ¿Alguien la (o) lastimó **emocionalmente** de forma intencional? (por ejemplo, humillarle, insultarle, amenazarle, ignorarle, prohibirle, celarle.)
- **RIESGO DE AUTOLESIONES.** Evaluación por medio de un reactivo de PLC-5 (Reactivo 13). Sin riesgo: 0 puntos, Riesgo medio: Cualquier respuesta diferente a 0.

Variables de desenlace

Diagnóstico previo de depresión: Se solicitó indicar si se encontraba diagnosticado con depresión

Muerte de un familiar durante la pandemia: Se preguntó si ha perdido algún hijo, esposo, madre o padre, o un familiar cercano debido a la Covid-19.

Escolaridad: Se solicitó responder una de las siguientes; 1. Sin escolaridad, 2. Preescolar, 3. Primaria, 4. Secundaria, 5. Preparatoria, bachillerato o técnico medio, 6. Licenciatura, 7. Especialidad, 8. Maestría, 9. Doctorado.

Situación actual por la Covid-19: Se solicitó responder alguna de las opciones: Sin síntomas; con enfermedad respiratoria aguda; con sospecha de la Covid-19 propia; sin síntomas, pero con sospecha de la Covid-19 de un familiar o persona cercana; con diagnóstico de la Covid-19 confirmado; Sin síntomas pero con diagnóstico de la Covid-19 de una persona con la que tuvo contacto en los últimos 14 días.

Situación actual de cuarentena: Con la pregunta ¿Se encuentra en cuarentena?, respondiendo una de las opciones: 1. Sí, 2. Parcialmente (Debo trabajar o soy quien sale por víveres) y 3. No

Estado civil: Se solicitó responder una de las siguientes; 1. Soltera o soltero, 2. Casada o casado, 3. Unión libre, 4. Divorciada o divorciado, 5. Viuda o viudo, 6. Separada o separado.

Posteriormente, se identificó de acuerdo a la bibliografía obtenida de los principales factores de riesgo para la salud mental de niños y adolescentes, cuáles eran los datos e información obtenida en la misma encuesta, que permitieran realizar el análisis con los resultados de tamizaje.

Análisis estadístico:

Se realizó el análisis de datos a través del programa Stata 14, se realizó estadística de cada variable de desenlace tanto en la muestra en general como por sexos.

Realizando regresiones logísticas entre el tamizaje de depresión, ansiedad, estrés agudo y de trastorno de estrés postraumático, así como de autolesiones contra el sexo, edad, nivel de educación, diagnóstico previo de depresión, presencia de violencia física o emocional, encontrarse en una relación de pareja, cumplir de manera completa, parcial o nula la cuarentena, así como la sospecha o confirmación de la Covid-19.

Consideraciones éticas:

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el número de registro FPSI/422/CEIP/157/2020 (Anexo_). Todos los datos están protegidos bajo los estándares de seguridad informática de las leyes mexicanas para la protección de datos personales.

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera de: Riesgo mínimo: Se entiende como Investigaciones en Salud con riesgo mínimo aquellas en las cuales se llevan a cabo registros de datos por medio de procedimientos diagnósticos de rutina (físicos o psicológicos) y si los resultados sólo dan un impacto muy pequeño y pasajero sobre la salud o confort. Ejemplo: ECG, TAC, audiometría, termografía, ecografía, extracción dentaria, sanguínea, (frecuencia máxima 2 por semana), ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas individuales o grupales, utilización de medicamentos o especialidades medicinales autorizadas de empleo común y amplio margen terapéutico, test de memoria realizado a dementes, contestar cuestionario que involucre aspectos sensibles del individuo: alcohol, drogas ilícitas, preferencias y conductas sexuales, infección por VIH, etc.

RESULTADOS:

Se recabó un total de 6,412 encuestas contestadas, de marzo a diciembre de 2020, de los cuales, 3,852 fueron mujeres (60.07%) y 2,560 hombres (39.93%).

En cuanto a la distribución de la población, el 38.29% (2,455) vive en la Ciudad de México, el 17.23% (1,105) vive en el Estado de México, el 6.07% (389) vive en Veracruz, el 6.05% (388) vive en Jalisco, el 4.59% (294) vive en Puebla y resto, representa el 27.76% (1,781) en el resto de los estados de México.

Al analizar las diferentes variables y separarlas por sexo, podemos observar en la siguiente tabla (Tabla 3), que la prevalencia del riesgo de todas las variables es mayor en mujeres, y en la población total, existe riesgo mínimo a bajo en somatización, así como estrés agudo y postraumático.

Para analizar los posibles variables asociadas con el aumento en la prevalencia del riesgo, se realizaron modelos de regresión logística para cada variable.

Tabla 3. Porcentaje de presencia de riesgo en tamizajes y de violencia en hombres y mujeres

Condición / Nivel de riesgo	Mujeres N (%)	Hombres N (%)	Total	Chi2 (P)
Ansiedad				
- Sin riesgo	1,354 (35.15)	1,261 (49.28)	2,615 (40.79)	202.9 P=0.00
- R. mínimo-bajo	1,582 (41.07)	1,007 (39.35)	2,589 (40.38)	
- R. medio-alto	916 (23.78)	291 (11.37)	1,207(18.83)	
Depresión				
- Sin riesgo	1,356 (35.20)	1,245 (48.63)	2,601 (40.56)	170.3 P=0.00
- R. mínimo-bajo	1,499 (38.91)	954 (37.27)	2,453 (38.26)	
- R. medio-alto	997 (25.88)	361 (14.10)	1,358 (21.18)	
Somatización				
- Sin riesgo	1,420 (36.86)	1,078 (42.11)	2,498 (38.96)	20.2 P=0.00
- R. mínimo-bajo	2,148 (55.76)	1,333 (52.07)	3,481 (54.29)	
- R. medio-alto	284 (7.37)	149 (5.82)	433 (6.75)	
Estrés agudo y postraumático				
- Sin riesgo	1,058 (27.47)	992 (38.75)	2,050 (31.97)	102.0 P=0.00
- R. mínimo-bajo	2,432 (63.14)	1,421 (55.51)	3,853 (60.09)	
- R. medio-alto	362 (9.40)	147 (5.74)	509 (7.94)	
Autolesiones				
-Sin riesgo	2,538 (65.89)	1,912 (74.69)	4,450 (69.40)	56.1 P=0.00
-Con riesgo	1,314 (34.11)	648 (25.31)	1,962 (30.60)	
Violencia física				

-Sin violencia física	3,416 (88.73)	2,356 (92.28)	5,772 (90.15)	21.9
-Con v. física	434 (11.27)	197 (7.72)	631 (9.85)	P=0.00
V. emocional				
-Sin v. emocional	2,719 (70.62)	2,145 (84.02)	4,864 (75.96)	150.9
-Con v. emocional	1,131 (29.38)	402 (15.98)	1,539 (24.04)	P=0.00

En la Tabla 4, encontramos las características de la población que presenta un mayor riesgo de síntomas de depresión. Podemos observar que los factores que se asocian a riesgo de depresión están una edad mayor, el diagnóstico previo de depresión, la presencia de violencia física y emocional, la muerte de una familiar durante la pandemia, la sospecha o el diagnóstico de la Covid-19. En los factores que se asocian a mejor riesgo está el sexo masculino, encontrarse en una relación de pareja y encontrarse en parcial cuarentena o sin cuarentena.

Tabla 4. Características evaluadas en depresión.

Característica de la población estudiada	Odds Ratio	Intervalo de confianza (95%)	p
Sexo: Hombre	0.74	(0.66 – 0.82)	0.00
Edad	1.07	(1.00 – 1.14)	0.03
Diagnóstico previo de depresión	7.84	(5.51 – 11.17)	0.00
Violencia Física	1.55	(1.22 – 1.98)	0.00
Violencia Emocional	3.85	(3.25 – 4.56)	0.00
Estar al cuidado de un tercero	1.08	(0.95 – 1.23)	0.22
Muerte de un familiar durante la pandemia	1.86	(1.53 – 2.26)	0.00
Escolaridad			
Básica	0.79	(0.27 – 2.29)	0.66
Media Superior	0.83	(0.29 – 2.41)	0.73
Superior o posgrado	1.35	(0.46 – 3.95)	0.58
Encontrarse en una relación de pareja	0.70	(0.60 – 0.83)	0.00

Estatus en cuarentena			
(Parcialmente en cuarentena)	0.81	(0.70 – 0.94)	0.00
Sin cuarentena	0.56	(0.47 – 0.67)	0.00
Diagnóstico de la Covid-19			
Sospecha	2.47	(1.81 – 3.36)	0.00
Confirmado	1.97	(1.32 – 2.91)	0.00

En la Tabla 5, podemos observar que en las características evaluadas de la población, encontramos como probables factores de riesgo asociados el diagnóstico previo de depresión, la violencia física y emocional, el estar al cuidado de un tercero, la muerte de un familiar durante la pandemia, tener sospecha de padecer la Covid-19 o la confirmación de este. En cuanto a las variables asociadas a un menor riesgo están el ser hombre, encontrarse en una relación de pareja y cumplir parcialmente con la cuarentena o no encontrarse en la misma.

Tabla 5. Características evaluadas en ansiedad.

Característica de la población estudiada	Odds Ratio	Intervalo de confianza (95%)	p
Sexo: Hombre	0,71	(0,63 – 0,79)	0,00
Edad	1,00	(0,94 – 1,07)	0,93
Diagnóstico previo de depresión	5,31	(3,91 – 7,21)	0,00
Violencia Física	1,33	(1,06 – 1,68)	0,01
Violencia Emocional	3,62	(3,07 – 4,28)	0,00
Estar al cuidado de un tercero	1,20	(1,06 – 1,36)	0,00
Muerte de un familiar durante la pandemia	2,02	(1,67 – 2,46)	0,00
Escolaridad			
Básica	0,24	(0,07 – 0,81)	0,02
Media Superior	0,28	(0,09 – 0,94)	0,04

Superior o posgrado	0,53	(0,16 – 1,78)	0,30
Encontrarse en una relación de pareja	0,76	(0,64 – 0,90)	0,00
Estatus en cuarentena			
(Parcialmente en cuarentena)	0,91	(0,79 – 1,05)	0,20
Sin cuarentena	0,57	(0,48 – 0,68)	0,00
Diagnóstico de la Covid-19			
Sospecha	2,32	(1,71 – 3,15)	0,00
Confirmado	1,91	(1,29 – 2,84)	0,00

En la Tabla 6, encontramos como variables asociadas con el riesgo de presentar somatización está el diagnóstico previo de depresión, la violencia física, la violencia emocional, la muerte de un familiar durante la pandemia, la sospecha y confirmación de diagnóstico de Covid-19. Solo se encontró como variable asociada a menor riesgo el no encontrarse en cuarentena.

Tabla 6. Características evaluadas en somatización.

Característica de la población estudiada	Odds Ratio	Intervalo de confianza (95%)	p
Sexo: Hombre	0.97	(0.87 – 1.08)	0.59
Edad	1.01	(0.95 – 1.07)	0.84
Diagnóstico previo de depresión	2.56	(2.02 – 3.24)	0.00
Violencia Física	1.38	(0.12 – 1.71)	0.00
Violencia Emocional	2.16	(1.86 – 2.51)	0.00
Estar al cuidado de un tercero	1.07	(0.95 – 1.21)	0.24
Muerte de un familiar durante la pandemia	1.62	(1.35 – 1.94)	0.00
Escolaridad			
Básica	0.47	(0.16 – 1.39)	0.17
Media Superior	0.50	(0.17 – 1.49)	0.21

Superior o posgrado	0.92	(0.31 – 2.76)	0.88
Encontrarse en una relación de pareja	0.90	(0.77 – 1.06)	0.23
Estatus en cuarentena			
(Parcialmente en cuarentena)	1.05	(0.91 – 1.21)	0.47
Sin cuarentena	0.74	(0.62 – 0.87)	0.00
Diagnóstico de la Covid-19			
Sospecha	2.48	(1.82 – 3.36)	0.00
Confirmado	2.11	(1.14 – 3.15)	0.00

En la Tabla 7, observamos como variables asociadas a un mayor riesgo de presentar estrés agudo y postraumático, el diagnóstico previo de depresión, la violencia física y emocional, el estar al cuidado de un tercero, la muerte de un familiar durante la pandemia, sospecha de padecer la Covid-19 o diagnóstico confirmado del mismo. Como variables asociadas a un menor riesgo están el ser hombre, estar en una relación de pareja, y no encontrarse en cuarentena.

Tabla 7. Características evaluadas en estrés agudo y postraumático.

Característica de la población estudiada	Odds Ratio	Intervalo de confianza (95%)	p
Sexo: Hombre	0.76	(0.68 – 0.86)	0.00
Edad	1.02	(0.96 – 1.09)	0.47
Diagnóstico previo de depresión	8.26	(5.34 – 12.77)	0.00
Violencia Física	1.50	(1.16 – 1.94)	0.00
Violencia Emocional	3.35	(2.79 – 4.03)	0.00
Estar al cuidado de un tercero	1.17	(1.03 – 1.34)	0.01
Muerte de un familiar durante la pandemia	2.31	(1.86 – 2.88)	0.00
Escolaridad			
Básica	0.52	(0.17 – 1.57)	0.25

Media Superior	0.53	(0.17 – 1.63)	0.27
Superior o posgrado	1.23	(0.40 – 3.77)	0.72
Encontrarse en una relación de pareja	0.79	(0.66 – 0.94)	0.00
Estatus en cuarentena			
(Parcialmente en cuarentena)	0.94	(0.81 – 1.10)	0.45
Sin cuarentena	0.59	(0.50 – 0.70)	0.00
Diagnóstico de la Covid-19			
Sospecha	1.96	(1.40 – 2.72)	0.00
Confirmado	1.96	(0.25 – 3.07)	0.00

En la Tabla 8, observamos que las variables asociadas a mayor riesgo de presentar autolesiones se encuentran el diagnóstico previo de depresión, el antecedente de violencia física o emocional, la muerte de un familiar durante la pandemia y la sospecha de diagnóstico de la COVID-9. Como variables que se asocian a menor riesgo, están el ser hombre, estar en educación básica, secundaria o preparatoria y no encontrarse en cuarentena.

Tabla 8. Características evaluadas en autolesiones.

Característica de la población estudiada	Odds Ratio	Intervalo de confianza (95%)	p
Sexo: Hombre	0.80	(0.71 – 0.91)	0.00
Edad	1.00	(0.93 – 1.07)	0.96
Diagnóstico previo de depresión	3.72	(3.08 – 4.48)	0.00
Violencia Física	1.32	(1.09 – 1.61)	0.00
Violencia Emocional	2.35	(2.04 – 2.70)	0.00
Estar al cuidado de un tercero	1.07	(0.94 – 1.21)	0.31
Muerte de un familiar durante la pandemia	1.55	(1.31 – 1.84)	0.00
Escolaridad			

Básica	0.22	(0.08 – 0.63)	0.00
Media Superior	0.22	(0.08 – 0.61)	0.00
Superior o posgrado	0.29	(0.10 – 0.83)	0.02
Encontrarse en una relación de pareja	0.91	(0.76 – 1.08)	0.28
Estatus en cuarentena			
(Parcialmente en cuarentena	0.96	(0.83 – 1.11)	0.59
Sin cuarentena	0.77	(0.63 – 0.93)	0.00
Diagnóstico de la Covid-19			
Sospecha	1.67	(1.30 – 2.14)	0.00
Confirmado	1.72	(0.29 – 5.30)	0.78

DISCUSIÓN

El impacto de la cuarentena durante la pandemia de la Covid-19, es amplio, sustancial y es probable que de larga duración. Diversos estudios han analizado y propuesto predictores para el impacto psicológico de la cuarentena, por ejemplo, se menciona que entre los predictores previos a la cuarentena están la edad joven (16 a 24 años), menor desempeño escolar, género femenino, vivir con adultos, antecedente de padecimientos psiquiátricos. Durante la cuarentena, principalmente se identifica como estresores de importancia la duración de la misma, el miedo a ser infectado, reducción del contacto social y físico, suministros inadecuados e información inadecuada. En cuando a estresores posteriores a la cuarentena, se mencionan principalmente los problemas económicos²⁹.

El objetivo principal de este trabajo, fue el identificar a través de la información obtenida durante el periodo de desarrollo y propagación de la enfermedad por Covid-19 en México, posibles factores de riesgo para presentar algún padecimiento psiquiátrico en los adolescentes. Se encontró, que, las mujeres tienen un mayor porcentaje de riesgo de ansiedad que los hombres. Este mismo patrón se encuentra en el riesgo de depresión. En cuanto al riesgo de somatización, la población se encuentra en un riesgo mínimo-bajo (54.29%) y las mujeres presentan mayor riesgo del mismo (55.76%), con mismo patrón en

el riesgo de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático (60.09% y 63.14% respectivamente). Estos resultados, nos corroboran lo encontrado en la literatura, donde se menciona entre otras como principales estresores el miedo a enfermar y morir, el miedo a acudir a centros sanitarios, el miedo de perder seres queridos, lo que se intensifica al tener una exposición prolongada a la preocupación, incertidumbre, etc. En cuanto al riesgo de autolesiones, las mujeres presentan un mayor riesgo de las mismas, al igual que el ser víctima de violencia física y emocional, estas características están relacionadas con el mismo aumento de estrés en los cuidadores, aunado a la economía, la disminución de libertad y privacidad, la necesidad de obtener control por parte de los perpetradores^{30,31,32}.

En cuanto a las características de la población con riesgo de presentar síntomas de depresión, encontramos que principalmente, se encuentra una edad mayor, diagnóstico previo de depresión, la presencia de violencia física y emocional, muerte de un familiar durante la pandemia, la sospecha o diagnóstico confirmado de la Covid-19. Por otro lado, se encontró que el ser hombre, encontrarse en una relación de pareja y no cumplir o cumplir parcialmente la cuarentena, se asociaron como un posible factor protector para el riesgo de depresión, lo cual se refuerza al considerar que relacionado al cumplimiento de la cuarentena, se identifican problemas de depresión, mal humor, irritabilidad, insomnio, ira y agotamiento emocional²⁹.

En cuanto a las características de la población que se identificó con riesgo de ansiedad, se encuentran el diagnóstico previo de depresión, la violencia física y emocional, el estar al cuidado de un tercero, la muerte de un familiar durante la pandemia y la sospecha o diagnóstico confirmado de la Covid-19. Entre los posibles factores de protección, se encuentra el ser varón, cursar la educación básica, o media superior, así como estar en una relación de pareja y no cumplir con las medidas de cuarentena.

En el riesgo de presentar somatización, se encuentran como características asociadas el diagnóstico previo de depresión, la violencia física y emocional, la muerte de un familiar durante la pandemia y la sospecha o diagnóstico confirmado de la Covid-19. Solo se identificó como factor protector el no cumplir con las medidas de contingencia.

En el estrés agudo y postraumático, como variables independientes, se identifican el diagnóstico previo de depresión, la violencia física y emocional, cuidar a un tercero, muerte de un familiar durante la pandemia y la sospecha o diagnóstico confirmado de la Covid-19 como relacionadas con el aumento de riesgo de presentar síntomas del mismo. En una revisión sobre el impacto de la cuarentena, encontramos que los síntomas de estrés postraumático están presentes entre un 28 a 34% de los sujetos, comparados con los de este estudio, en el que hasta un 68% presenta riesgo del mismo²⁹. Horesh et al, mencionan que la crisis de la Covid-19 conlleva numerosas de eventos postraumáticos masivos, por lo que sugieren que un aumento del trastorno de estrés postraumático puede ser esperado³³. Durante la epidemia de H1N1 y SARS en América Central y del Norte, los padres reportaron criterios para trastorno de estrés postraumático hasta en el 30% de los niños que habían sido aislados o puestos en cuarentena³⁴. En las variables que se encontraron relacionadas a un menor riesgo, se encuentra el ser varón, encontrarse en una relación de pareja y no cumplir con las medidas de cuarentena.

En cuanto a la prevalencia en el riesgo de lesiones, las variables que se lograron identificar relacionadas con este riesgo, están el diagnóstico previo de depresión, la violencia física y emocional, la muerte de un familiar durante la pandemia y la sospecha de diagnóstico de la Covid-19. Como factores protectores se encuentra el sexo masculino, encontrarse en cualquier nivel de educación, y no cumplir con las medidas de cuarentena.

Cabe recalcar que entre las características de la población estudiada, que presentan una mayor consistencia en la medición de este trabajo, están el diagnóstico previo de depresión, la violencia física y emocional, la muerte de un familiar durante la pandemia y la sospecha de infección por la Covid-19. Sabemos que, la capacidad para la regulación y el afrontamiento adaptativo se reduce en situaciones de crisis, mientras que aumenta el afrontamiento adaptativo³⁵, lo cual también es observado en los niños y adolescentes con maltrato infantil³⁶, además de tendencia a mostrar una gran preocupación por las noticias políticas³⁷. Como variables que por el contrario, nos indican que pueden estar relacionadas con una menor tendencia a presentar riesgo de síntomas psiquiátricos, tenemos como el único presente en todas las mediciones de riesgo, es el no encontrarse cumpliendo cuarentena, lo que llama la atención

considerando el rango de edad de la población estudiada y que en nuestro país, todos los niveles de educación se mantuvieron en modalidad educativa a distancia con el fin de promover el distanciamiento social.

Los resultados obtenidos, nos sugieren tendencias parecidas a las reportadas por otros países y en otros momentos de la historia, en epidemias de enfermedades respiratorias en las que es requerido en confinamiento y medidas de cuarentena.

CONCLUSIONES

La identificación de las características de la población con síntomas psiquiátricos, es crucial para el entendimiento del aumento de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos mientras la pandemia continua, y fundamental para la previsión en la prolongación de las medidas de aislamiento así como del aumento de la solicitud de atención en salud mental en niños y adolescentes.

En este estudio, encontramos que durante la pandemia derivada de la Covid-19, se encontraron prevalencias altas en los síntomas de depresión, ansiedad, somatización, estrés agudo y postraumático, así como del riesgo de autolesiones en la población adolescente en México.

La encuesta muestra una respuesta de participación concentrada en la Ciudad de México y el estado de México, además de que las mujeres representaron más de la mitad de los sujetos encuestados. Se encontró que el sexo femenino, presento un mayor riesgo de presentar síntomas de depresión, ansiedad, estrés agudo, estrés postraumático y autolesiones, con un riesgo mínimo a bajo en la mayoría de la población. En la prevalencia de la población general, se encontró riesgo bajo en depresión, y mínimo a bajo en somatización, estrés agudo, estrés postraumático y autolesiones. La edad y el grado escolar no representaron ser una característica de modificación de la prevalencia de riesgo, en el grupo de edad estudiado.

Los factores de riesgo que más se asociaron con el aumento de estos síntomas psiquiátricos fueron el diagnóstico previo de depresión, la violencia física y psicológica, muerte de un familiar durante la pandemia y la sospecha de presentar la enfermedad por Covid-19. La variable que mostro asociarse con menor riesgo de estos síntomas psiquiátricos fue el no estar en cuarentena.

De acuerdo a lo observado en este estudio, se sugiere continuar con la evaluación de más estudios sobre las consecuencias en la salud mental que genera el confinamiento, distanciamiento social y las características sociodemográficas de cada población, así como del regreso a las actividades presenciales.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Las limitaciones del estudio son su naturaleza transversal, pues solo se tiene una medición, el no tener el control de la integración de otros posibles factores de riesgo específicos para la población infantil y adolescentes, además de lograr tener mayor población del centro de la república con el fin de lograr una representación homogénea de la situación en México. Dentro de las recomendaciones esta la difusión más extensa fuera del área metropolitana para el seguimiento y próximas encuestas realizadas por la UNAM en México, lo que daría un panorama más amplio. Así mismo, el continuar con la identificación de riesgos y factores de riesgo en población de edades menores a este estudio.

REFERENCIAS:

1. Camilo de Amarante, Elsa, Melgen, Ricardo. El Covid-19 En la república dominicana tratado por especialistas de la salud. *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2020; 53(9): 276.
2. Orellana, Carlos Iván. Orellana, Ligia María. Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Rev Act en Psic*. 2020; 34(128): 103-120.
3. Camilo de Amarante, Elsa, Melgen, Ricardo. Impacto del Covid-19 en niños y adolescentes, El Covid-19 En la república dominicana tratado por especialistas de la salud. *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2020; 53(9): 276.
4. Yuanyuan Dong, Xi Mo, Yabin Hu, Xin Qi, Fang Jiang, Zhongyi Jiang, Shilu Tong. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. *Pediatrics*. 2020; doi: 10.1542/peds.2020-0702.
5. Secretaría General de Sanidad de España. Actualización No. 82 del 20-04-2020.
6. Pathak, Elizabeth Barnett PhD, MSPH; Salemi, Jason L. PhD, MPH; Sobers, Natasha PhD, MBBS, MPH, FRSPH; Menard, Janelle PhD, MPH; Hambleton, Ian R. PhD. COVID-19 in Children in the United States Intensive Care Admissions, Estimated Total Infected, and Projected Numbers of Severe Pediatric Cases in 2020. *Journal of Public Health Management and Practice*: April 16, 2020.
7. Ministerio de Salud Pública RD. Protocolo para el Diagnóstico y Tratamiento del Coronavirus COVID 19.
8. UNICEF. Salud Mental E Infancia En El Escenario De La Covid-19 Propuestas De Unicef España. Junio 2021
9. Rampazzo, L., Mirandola, M., J. Davis, R., Carbone, S., Mocanu, A., Champion, J. *Mental Health and Schools: Situation analysis and recommendations for action*. (2015)
10. IASC. Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Interim Briefing Note. Addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak. 2020

11. Wang, G., et al. "Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak". 2020
12. Espada, J. P., et al. "Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19". 2020.
13. Barlett, J. D., Griffin, J. y Thomson, D. Resources for supporting children's emotional well-being during the COVID-19 pandemic. 2020.
14. Save the Children. Save the Children of over 6000 children and parents in the United States, Germany, Finland, Spain and the United Kingdom. 2020
15. Amador Priede, Antonio Escudero, et al. Salud mental en la era del desconfiamiento del Covid-19. Posicionamiento de las asociaciones de psiquiatría y psicología clínica, especialmente en niños y adolescentes. Comunicados. Mayo 2020.
16. Lei Zhang, MS; Dandan Zhang, MS; Jiao Fang, MS. Assessment of Mental Health of Chinese Primary School Students Before and After School Closing and Opening During the COVID-19 Pandemic. Sept 2020 JAMA Network Open. 2020;3(9):e2021482. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.21482.
17. Gertrud Sofie Hafstad, Sjur Skjørshammer Sætren, Tore Wentzel-Larsen. Adolescents' symptoms of anxiety and depression before and during the Covid-19 outbreak – A prospective population-based study of teenagers in Norway. The Lancet Regional Health - Europe 5 (2021). <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100093>.
18. Natasha R. Magson, Justin Y. A. Freeman, Ronald M. Rapee. Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. Journal of Youth and Adolescence (2021) 50:44–57
19. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, RS. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. Brain, Behavior, and Immunity. Volume 87, July 2020, Pages 40-48.
20. Chen, F., Zheng, D., Liu, J., Gong, Y., Guan, Z., & Lou, D. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: a cross-sectional study. Brain, Behavior, and Immunity, (2020) 88, 36–38. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.061>.

21. Hawke, L. D., Barbic, S. P., Voineskos, A., Szatmari, P., Cleverley, K., Hayes, E., Cheung, A. . Impacts of COVID-19 on Youth Mental Health, Substance Use, and Well-being: A Rapid Survey of Clinical and Community Samples. *The Canadian Journal of Psychiatry*, (2020) 65(10), 701–709. <https://doi.org/10.1177/0706743720940562>.
22. Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. Physically isolated but socially connected: psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, (2020) 52(3), 177.
23. Xinli Chi, Kaixin Liang, Si-Tong Chen. Mental health problems among Chinese adolescents during the COVID-19: The importance of nutrition and physical activity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Volume 21, Issue 3, September–December 2021, 100218.
24. Isabel de la Montaña Santos Carrasco, Marta Saray Hernández García. Lockdown and mental health: Analysis of the impact on a sample of 194 child and adolescent psychiatry patients. *Psiquiatría Biológica* 28 (2021) 100317.
25. María Luz Zayas-Fajardo, Idalmis Ramona Román-López, Lisandra Rodríguez-Zayas. Psychological impact of social isolation due to COVID-19 on children, adolescents and family. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*. 2021; 46(1).
26. Werlen L., Gjukaj D., Mohler-Kuo M., Puhan M.A. Interventions to improve children's access to mental health care: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019:1–27.
27. Roth D.E., Ramtekkar U., Zeković-Roth S., Telepsychiatry: a new treatment venue for pediatric depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2019;28:377–395.
28. Mroczkowski M.M., Havens J. The state of emergency child and adolescent psychiatry: raising the bar. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2018;27:357–365.
29. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of

- quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
30. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, et al. Pandemics and violence against women and children. center for global development working paper. 2020.
31. The Guardian. Lockdowns around the world bring rise in domestic violence. <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domestic-violence>. 2020
32. Nations; U. UN chief calls for domestic violence 'ceasefire' amid 'horrifying global surge'. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>. 2020.
33. Horesh D, Brown AD. Traumatic stress in the age of COVID-19: a call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychol Trauma*. 2020;12(4):331–5.
34. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep*. 2013;7(1):105–10.
35. Compas BE, Jaser SS, Bettis AH, Watson KH, Gruhn MA, Dunbar JP, et al. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: a meta-analysis and narrative review. *Psychol Bull*. 2017;143(9):939–91.
36. Gruhn MA, Compas BE. Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: a meta-analytic review. *Child Abuse Negl*. 2020;103:104446.
37. Caporino NE, Exley S, Litzman RD. Youth Anxiety About Political News. *Child Psychiatry & Human Development*. 2020.
38. Morales Chainé S, López Montoya A, Bosch Maldonado A, Beristain Aguirre A, Robles García R, Garibay Rubio CR, et al. Mental Health Symptoms, Binge Drinking, and the Experience of Abuse During the COVID-19 Lockdown in Mexico. *Frontiers in Public Health*. 2021 Jul 22;9.

ANEXOS:

Anexo 1. Portada de Tamizaje de Salud Mental Covid-19



SALUD MENTAL Y ADICCIONES
Apoyo psicosocial
durante la pandemia
por COVID-19

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Y MANEJO DE LOS RIESGOS A LA SALUD MENTAL ANTE EL COVID-19

El tamizaje de probables problemas de salud mental frente a COVID-19 pretende la detección, con base en instrumentos breves a completarse de forma anónima y confidencial en una plataforma en línea, de: 1) estrés agudo y posttraumático, 2) ansiedad generalizada, 3) ansiedad de salud y distrés corporal (somatización), 4) depresión, 5) riesgo suicida, 6) consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas, 7) violencia intrafamiliar, y en personal de salud se complementa con las escalas de: 8) necesidades del personal de salud ante COVID-19, y 9) burnout y fatiga por compasión. A continuación, se describen de forma general, las características de cada una de esas subescalas, así como de las secciones del instrumento.

Descripción de variables demográficas y clínicas:

Son variables relacionadas con el riesgo de complicaciones ante la infección por COVID-19, así como con las medidas y consecuencias; también en el caso de profesionales de la salud, se sondea el perfil y el contacto con pacientes con COVID-19. Todo ello a partir de auto registro de las siguientes variables:

- Sexo: Hombre o mujer. Si es mujer: ¿Está embarazada?
- Edad, estado civil, escolaridad, entidad federativa,
- Si se encuentra en cuarentena: Sí, Parcialmente (Debo trabajar o soy quien sale por viveres) o No
- Si se encuentra sola o solo, o con familiares
- Dónde se encuentra: En una casa o departamento, albergue, calle, hospital o clínica.
- Situación actual en relación con COVID-19 (Sin síntomas, Con enfermedad respiratoria aguda, Sospecha de COVID-19 propia, sin síntomas, pero con sospecha de COVID-19 de un familiar o persona cercana, Con diagnóstico de COVID-19 propio, Sin síntomas, pero con diagnóstico de COVID-19 de una persona con la que tuvo contacto en los últimos 14 días)
- Duelo (fallecimiento a ningún ser querido o cercano debido al COVID-19 (hija (o), esposa (o), o madre o padre, otro familiar cercano, amiga (o) cercana (o), colega cercana (o).
- Si actualmente cuida a una persona mayor de 65 años, o a una persona con una enfermedad crónica (p. ej., diabetes, cardíaca, cáncer, insuficiencia renal)
- Entidad institucional general donde labora (Secretaría de Salud, Servicios Estatales de Salud, IMSS, Programa IMSS-BIENESTAR, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, INSABI, Privado, Otro (especificar)
- Si su institución atiende a personas con COVID-19, si el respondiente atiende a personas con COVID-19
- Perfil del respondiente (Médico interno de pregrado, Residente de Medicina, Médico general, Médico especialista, Personal de enfermería, Personal de Psicología, Personal de Trabajo Social, Personal Paramédico o sanitario)
- Si está diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones: Diabetes, Hipertensión, Obesidad, Depresión, Cáncer, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo.



Anexo 2. Dictamen del comité de ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México:



FACULTAD DE PSICOLOGÍA COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA OFICIO NO. FPSI/422/CEIP/157/2020

DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ
DICTAMEN DE COMITÉ DE ÉTICA
PRESENTE

Estimada Dra. Morales Chainé:

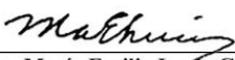
Por este conducto, el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Psicología de la UNAM, expresa su AVAL para el desarrollo del proyecto denominado *“Atención Psicológica a Distancia para la Salud Mental por la contingencia por COVID-19”* presentado a esta instancia por Usted.

La decisión fue tomada después de revisar y corroborar que la propuesta metodológica del proyecto respeta las normas éticas que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación.

Sin otro particular reiteramos nuestras más altas consideraciones académicas y quedamos a sus órdenes para cualquier otra información que juzgue pertinente.

Atentamente
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Ciudad de México, 16 de octubre de 2020

Coordinadora del Comité de Ética


Dra. María Emilia Lucio Gómez y Maqueo

NAT/alrl



Anexo 3. Registro de tesis



Ciudad de México a 01 de febrero de 2022
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/023/2022
Asunto: Registro de tesis derivada

Dra. Claudia Iveth Astudillo García
Investigador responsable
HPIJNN
P r e s e n t e

En relación con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Título del proyecto: *"Capacitación, evaluación y supervisión en atención integral de trastornos prioritarios de salud mental y adicciones en niños, niñas y adolescentes, desde una perspectiva de atención comunitaria en salud mental."*.

Se informa que el proyecto que se especifica a continuación se registró en esta división como proyecto de tesis sin asignación de clave de registro ya que se deriva de un protocolo externo al HPIJNN:

Título: *"Síntomas de depresión, ansiedad, estrés agudo y de trastorno de estrés postraumático identificados durante la pandemia por Covid-19 en niños, niñas y adolescentes de México"*.

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y de la adolescencia

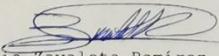
Tesista: **Victoria Margarita López Mendoza.**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)
En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente si fuese el caso (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
Jefa de la División de Investigación


Dra. Patricia Zavaleta Ramírez

ccp. Archivo de la división de investigación.

Av. San Pío Vázquez 86, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, México DF, C.P. 06500, Ciudad de México
Teléfono: (55) 5773 4452, 5572 4850 y 5773 4144, www.hpijnn.ssb.gob.mx/aidades/avazte/hpi_juvenidad



Anexo 4. Resolución del comité de Ética del HPIJNN:



Ciudad de México, 22 de agosto del 2022

Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-020-2022

Victoria Margarita López Mendoza

TESISTA

Presente

Por medio de la presente hago constar que, he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: "Síntomas de depresión, ansiedad, estrés agudo, estrés postraumático y autolesiones identificados durante la pandemia por Covid-19 en niños, niñas y adolescentes de México", sin asignación de clave de registro, ya que se deriva de un protocolo externo al HPIJNN.

Por lo que, se extiende la presente de conformidad con el cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Laura Fritsche García

Presidente del Comité de Ética en Investigación

c.c.p. Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández-Director del hospital-presente
Dra. Armida Granados Rojas-Jefe de enseñanza y capacitación-presente
Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente
Dra. Laura Fritsche García-Comité de Ética en Investigación, HPIJNN-Presente

