



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Pre-proyecto de investigación

Depresión, Ansiedad e Intentos de Autoeliminación (IAE) en jóvenes uruguayos en el contexto de la emergencia sanitaria (COVID-19)

Estudiante: Melissa Picardo Barbazán

C.I 5.097.366-9

Docente Tutor: Prof. Agda. Mag. Graciela Loarche

Docente Revisor: Asist. Mag. Valeria Piriz

Montevideo, Uruguay

Octubre 2021

ÍNDICE

1- Resumen- Abstract	2
2- Fundamentación y antecedentes	3
3- Marco teórico	9
3.1 Desastres y catástrofes	9
3.2 Emergencia Sanitaria y COVID-19.....	11
3.3 Aislamiento Social: su relación con la depresión y la ansiedad	13
3.4 Depresión.....	15
3.5 Ansiedad	18
3.6 Suicidio e ideación suicida	19
3.7 Relación entre depresión y suicidio	22
4. Problema y preguntas de Investigación	23
5. Objetivos	24
5.1 Objetivo general.....	24
5.2 Objetivos específicos	25
6. Metodología.....	25
7. Consideraciones éticas.....	28
8. Cronograma de ejecución	29
9. Resultados esperados y plan de difusión.....	30
10. Referencias bibliográficas	32
11. Anexos.....	37

1- Resumen- Abstract

El presente trabajo en formato de pre-proyecto de investigación, constituye el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. El objetivo principal es analizar la depresión y la ansiedad en el contexto de la emergencia sanitaria (COVID-19), como factor detonante de Intentos de Autoeliminación en jóvenes uruguayos. Se ha detectado a partir de realizar una revisión bibliográfica, que en el año 2020 se vio incrementada la tasa de suicidio en un 45% con respecto al año 2019 en jóvenes de entre 19 y 24 años, por tanto nuestra población de estudio incluye personas comprendidas en este rango de edad, que se encuentren transitado o hayan transitado recientemente, cuarentena debido al COVID-19. Se pretende llegar a esta población a partir de una convocatoria virtual voluntaria, donde su participación se basa en la aplicación de una serie de test autoaplicados. Los instrumentos a utilizar son: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), y en caso de que se detectara presencia de desesperanza a partir de este último, se aplicará la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI), con la finalidad de determinar la presencia o ausencia de idea suicida. A través de este trabajo, se procura contribuir a diferentes líneas investigativas, tanto dentro como fuera de la Facultad de Psicología, así como aportar a las estrategias de prevención y acompañamiento a través de distintas actividades, por ejemplo talleres educativos. Finalmente, se aspira a contribuir con la elaboración de políticas públicas para la promoción de la salud.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Suicidio, Aislamiento Social, Emergencia Sanitaria

Abstract:

This work in the form of a pre-research project, constitutes the Final Degree Project of the Bachelor of Psychology at the University of the Republic. The main objective is to analyze depression and anxiety in the context of the health emergency (COVID-19), as a triggering factor for Self-Elimination Attempts in young Uruguayans. It has been detected from a bibliographic review that in 2020 the suicide rate was increased by 45% compared to 2019 in young people between 19 and 24 years old, therefore our study population includes people understood in this age range, who are transited or have recently transited, quarantine due to COVID-19. It is intended to reach this population from a voluntary virtual

call, where their participation is based in the application of a series of self-administered tests. The instruments to be used are: the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Beck Hopelessness Scale (BHS), and if the presence of hopelessness was detected from From the latter, the Beck Suicidal Ideation Scale (SSI) will be applied, in order to determine the presence or absence of a suicidal idea. Through this work, the aim is to contribute to different research lines, both within and outside the Faculty of Psychology, as well as to contribute to prevention and support strategies through different activities, for example educational workshops. Finally, it aims to contribute to the development of public policies for health promotion.

Keywords: Anxiety, Depression, Suicide, Social Isolation, Health Emergency

2- Fundamentación y antecedentes

El Intento de Autoeliminación ubica entre sus causas aspectos de diversos orígenes tanto sociológicos como psicológicos, emocionales, clínicos e incluso filosóficos, ocasionando como consecuencia que sea considerado por muchos como síntoma de una patología mental, alterada por lo afectivo y lo ético, transformándolo en un fenómeno existencial. Al respecto, Sánchez, E. (2013) menciona:

El suicidio es un tema del que se habla poco, ha devenido un tanto tabú, causa vergüenza a los allegados, interpela y constituye un reto para los profesionales del mundo socio sanitario (...) es considerado un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Tanto las conductas suicidas como el suicidio consumado representan un importante problema de Salud Pública en todo el mundo. Por ello, es importante conocer sus factores determinantes de las personas expuestas (p. 1).

Sin duda alguna, este autor ofrece un aspecto importante a considerar en torno a la autoeliminación, ya que al ser un fenómeno universal, requiere de atención y representa uno de los principales problemas de salud pública, que puede ocurrir en todos los estatus sociales, ideologías, edad, sexo e incluso creencias. La Organización Mundial de la Salud (2021) en su portal web, menciona que cada año se suicidan aproximadamente 703.000 personas y muchas más intentan hacerlo, que el suicidio en 2019 fue la cuarta causa

principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, y que el 77% de todos los suicidios en 2019 se produjeron en países de ingresos bajos y medianos.

De acuerdo a una noticia titulada: “Un tema que nos duele a todos”, publicada en el portal de la Udelar a raíz de un diálogo con Pablo Hein, docente investigador de la Udelar e integrante del Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida en el Uruguay, se informa que Uruguay posee una de las tasas más elevadas de América. Actualmente cuenta con una cifra de 20,6 cada 100.000 habitantes, y que esta viene en crecimiento desde hace 20 años. En cuanto a los datos más específicos, señala que mayormente se da en hombres (de cada 10 suicidios, 8 son hombres), y principalmente en personas de la tercera edad (a partir de los 65 años). Sin embargo, se observa que en los últimos años, se ha dado un incremento en la tasa de suicidios en hombres de 35 a 50 años, así como en los jóvenes (de 19 a 24 años). (Hein, 2021).

En cuanto a las cifras del año 2020 en Uruguay, el subsecretario del Ministerio de Salud Pública José Luis Satdjian indicó que “preocupa el aumento de casos en la población joven” ya que en 2020 se registraron 42 casos de suicidio en la población de 19 a 24 años, mientras que en 2019 fueron 29, lo cual marca un incremento del 45%. El tema del suicidio adquiere una gran relevancia en nuestro país, ya que como plantea Hein: “el suicidio es la principal causa de muerte externa en Uruguay, hay más suicidios que homicidios y que muertes por accidentes de tránsito en el país, por tanto es necesario hablar acerca del tema”. (Hein, 2021).

Ahora bien, a finales del cuarto trimestre del año 2019, aparece una nueva pandemia en la ciudad de Wuhan en la República Popular de China, producto de la incursión de un nuevo Coronavirus denominado COVID-19; atendiendo a tal situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció múltiples recomendaciones, entre las que se destacan medidas preventivas tales como: el uso obligatorio de la mascarilla, el permanente lavado de manos, el empleo de antibacteriales, la cuarentena, y el distanciamiento social (Castro-Sardi et al., 2020). A pesar de lo dispuesto por la OMS, en poco tiempo se extendió a nivel mundial, afectando a más del 90% de los países del mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Tales medidas, fueron adoptadas por la mayoría de los países del mundo en virtud de evitar que este virus se propagara entre la población (Castro-Sardi et al., 2020). No obstante, algunas de las mencionadas, incidieron de manera desfavorable en la dimensión

social mundial, en diferentes proporciones. Entre estos sectores, el sistema sanitario se topó ante una crisis sin precedentes, ya que en cuestión de días muchas personas fueron diagnosticadas con COVID-19 desbordando, en algunos casos los centros hospitalarios (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En lo referente a Uruguay, el viernes 13 de marzo de 2020 se dieron a conocer los primeros casos positivos de coronavirus en el país, generando un estado de alerta en la población. Como consecuencia de esto, se declaró el estado de emergencia nacional sanitaria, a través del decreto 93/020 publicado el 23 de marzo de 2020 (Decreto N° 93/020, 2020). Dentro de las medidas primarias adoptadas por el gobierno ante esta resolución, se destacan: suspensión de clases presenciales en todos los niveles públicos y privados, suspensión de espectáculos deportivos y culturales, cierre de fronteras y centros comerciales, así como restricciones en cuanto a la movilidad (Gimenez, 2020).

A su vez, cabe destacar que en esta instancia, y a diferencia de otros países, el gobierno nacional no decretó cuarentena obligatoria, sin embargo sí exhortó a la población a restringir la movilidad y actividades, apelando a la responsabilidad de los ciudadanos, y realizando una campaña nacional de educación y concientización sobre las medidas preventivas generales (Bagattini et al., 2020).

Posteriormente, se detecta un importante avance cuando el 16 de abril de 2020 el gobierno creó un Grupo Asesor Científico Honorario (GACH), conformado por diversos científicos del área de la salud, de las ciencias básicas y matemáticas, el cual aporta datos, reportes, y recomendaciones, para la toma de decisiones en las políticas de enfrentamiento a la pandemia. A su vez, este grupo contó con la participación de instituciones universitarias y científicas de todo el país, lo cual contribuyó al desarrollo de una red diagnóstica a nivel nacional, utilizando test PCR (Bagattini et al., 2020). La aplicación de estos test, permitió incrementar en 8 veces la capacidad de pesquisa de casos, favoreciendo de esta manera la autonomía, en relación a la importación de insumos (Gimenez, 2020).

Es necesario puntualizar, que este confinamiento ha impactado considerablemente en la población, generando un impacto emocional importante, surgiendo en la población situaciones de: soledad, aislamiento, miedo, ansiedad ante los cambios, inseguridad en el devenir, riesgo de contagio, pérdida de familiares y amigos, entre otras situaciones.

En este sentido, cuando existe un problema de salud pública, es imperativa la atención que al mismo se le debe brindar desde los ámbitos mencionados. Esta investigación toma relevancia debido a que el IAE debe ser atendido, tanto desde el punto de vista político, económico, y social, como también clínico y psicológico, considerándolo como un problema multifactorial, conformando factores de riesgos.

En el entorno desde esta investigación, se apuntará al aporte en el ámbito de la salud mental, dando continuidad a investigaciones realizadas en torno a la autoeliminación, como consecuencia de la emergencia sanitaria causada por la pandemia, indagando detonantes provenientes de los Factores de Riesgo, que llevan a estas personas a cometer dichos actos. Para reflejar el estado actual del conocimiento, se ubicaron investigaciones previas que se presentan a continuación, relacionadas con la temática objeto del presente estudio:

(Ramírez-Ortiz et al., 2020) en su investigación titulada **“Consecuencias de la pandemia Covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social”** presentada ante la Universidad Nacional de Colombia, presentan un análisis de las consecuencias que pueden generarse como resultado del aislamiento social durante la pandemia, explicando que el coronavirus 2019 (COVID-19), es catalogado como un caso de emergencia de salud pública con niveles internacionales de preocupación, con grandes impactos a la salud mental durante el siglo XXI, por la variada gama de problemas psicosociales que generan a nivel individual y comunitario. Para los autores, las diferentes alteraciones psicológicas pueden presentarse desde trastornos aislados hasta complejas dificultades funcionales como: la ansiedad, depresión, insomnio, y estrés, que hacen necesario el desarrollo de estrategias en las que el personal de salud y los individuos que se encuentren afectados a nivel de salud mental, puedan reaccionar para disminuir los síntomas psiquiátricos y el impacto psicológico.

Por su parte Gil, A. (2020) en su investigación **“Depresión y suicidio 2020”** detalla que, son diversas las situaciones problemáticas de salud mental pública que se generan en todos los países del mundo, sean desarrollados o no; el autor parte de enunciados de la OMS, donde pone de manifiesto que uno de los principales problemas de salud es la depresión, al ser un problema cuyo eje central parte de un trastorno mental que afecta a todos los sectores de la población, sin importar su condición es decir hombres o mujeres, ricos o pobres, jóvenes o adultos.

Al respecto, la OMS (2021) crea una alerta tomando como punto de referencia que en la actualidad la depresión afecta a nivel mundial a más de 300 millones de personas. Según las estadísticas, estas cifras van en aumento desde 1990, estimando que el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado cerca de un 50%. Se estima que un 10% de la población mundial está afectada, y que los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. En este sentido agregan que aunque no es un trastorno que pueda ser causante de muerte, el padecerlo aumenta la probabilidad de generar ansiedad o consumo de sustancias, los cuales pueden crear condiciones que lleven al suicidio (OMS, 2016).

Pérez, et al. (2020), en un trabajo titulado “**Depresión y COVID-19**” explican que el impacto en la salud mental, por orígenes de la crisis por la pandemia del Covid-19, puede generar diversas respuestas que pueden complicarse al unirse a otros factores como la soledad, el miedo, la tristeza, confusión, ira, aislamiento, confinamiento o problemas económicos, que causan elevados niveles de incertidumbre y estrés, relacionados con problemas de salud mental en la población. Los factores estresantes identificados por los autores, están relacionados con la duración de la cuarentena, los temores de contraer la enfermedad, frustración, aburrimiento, falta de suministros, información inadecuada, pérdidas financieras, y estigma.

De acuerdo con las conclusiones presentadas por estos autores las personas que presentan enfermedades mentales graves como la depresión o la ideación suicida pueden actuar de dos maneras: como evento vital estresante inespecífico, favoreciendo una recaída aguda; o implicando un retraso o falta de continuidad en la atención médica para abordar la atención en esta población.

Con respecto a investigaciones nacionales relacionadas con la temática de este trabajo, no se han encontrado en nuestro país numerosos estudios que vinculen la depresión, ansiedad y suicidio, en adolescentes y jóvenes como consecuencia del aislamiento social por COVID-19.

En cuanto a la salud mental de los uruguayos en el contexto de distanciamiento físico por coronavirus, un grupo de investigadores y docentes de la Facultad de Psicología de la Udelar (Hugo Selma, Vicente Chirullo, Gabriela Fernández, Valentina Paz, Paul Ruiz y Federico Montero), han llevado a cabo un trabajo de investigación referido a los efectos de la cuarentena, y/o distanciamiento físico por el coronavirus en la salud mental de los

uruguayos. Dicha investigación, se basa en un estudio longitudinal con población mayor de 18 años, que evalúa principalmente depresión, ansiedad, consumo de sustancias y riesgo suicida. Los datos primarios arrojados por este estudio, indican que un 34,9% de los encuestados reportaron síntomas de depresión, y un 6,4% síntomas de depresión graves. En lo referente a la ansiedad, se observa un patrón similar al de depresión, de manera que quienes se encuentran en total aislamiento, reportan mayor ansiedad que quienes no lo realizan. Por otra parte, se detecta una alta presencia de riesgo suicida, donde un 9,4% reporta riesgo de suicidio significativo, y de ellos un 2% presenta riesgo alto. Los datos obtenidos de este estudio, a pesar de que la muestra no es representativa, refleja porcentajes muy altos, lo cual sorprende y preocupa. (Magni, 2020)

Al respecto del suicidio adolescente en Uruguay, se han encontrado diversos estudios los cuales mayormente relacionan la conducta suicida adolescente con el consumo de drogas y alcohol, así como síntomas de depresión, ansiedad, dificultades económicas y problemas familiares:

En este sentido, se encuentra un estudio titulado “Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo” realizado por Bailador, P., Viscardi, N. y Dajas, F (1997). En dicho estudio se investigó la relación entre la desesperanza, la conducta suicida, y el consumo de drogas y alcohol, en jóvenes que asistían a los últimos años de institutos de enseñanza secundaria de Montevideo. Dentro de los datos más significativos de este estudio, se observó una asociación estadística entre depresión, desesperanza, ideación suicida, trastornos de conducta, consumo de alcohol, uso de drogas y percepción de conflictos en la familia.

Un estudio titulado “Rasgos de personalidad en adolescentes uruguayos: un estudio comparativo entre jóvenes con y sin riesgo suicida” por Miller (2018) se basó en identificar en primer lugar, las diferencias en las características de la personalidad en adolescentes con y sin riesgo de suicidio, donde se observó que los adolescentes con riesgo mostraban mayores niveles de ansiedad, quejas somáticas, depresión, paranoia, alteraciones del pensamiento y rasgos límites.

Por otra parte, Viscardi, et. al (1994) publican un nuevo estudio titulado “Alta tasa de suicidio en Uruguay II” posterior a otro realizado anteriormente, en el cual se había observado una alta tasa de suicidio en adolescentes varones, y cifras elevadas de intento de autoeliminación en adolescentes mujeres. En el presente estudio, se realizó una

evaluación del grado de desesperanza, en jóvenes de 5to y 6to año de liceos públicos y privados de Montevideo y del interior del país, con la finalidad de conocer su incidencia y severidad. Dentro de los resultados obtenidos se observa que: entre el 7 y 11% de los jóvenes, registraron un porcentaje alto de desesperanza ubicado en la “zona de riesgo”, y que el mayor nivel de desesperanza se detectó en los liceos públicos. Se observó también que tanto en Montevideo como en el interior del país, la desesperanza se correlaciona con las dificultades económicas, problemas familiares y la soledad. Por último, se discute en este estudio la incidencia de la desesperanza como factor importante en la génesis de conductas autoagresivas, tales como el suicidio.

Por consiguiente, se encontró otro estudio titulado “Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad” por Cajigas, et. al(2010), en el cuál se observó la relación de la depresión con la edad y el género, basándose en una investigación realizada a estudiantes de entre 11 y 17 años, de manera que se detectó la existencia de puntuaciones más altas en las chicas, y un aumento significativo de la depresión con la edad y consiguientemente con el grado académico.

3- Marco teórico

3.1 Desastres y catástrofes

Resulta de suma importancia destacar, que en el transcurso de estos meses en el cual el COVID-19 ha estado presente en nuestro país, se ha escuchado hablar del mismo como “desastre” o “catástrofe”, en el cual se combinaría una amenaza de tipo biológica con vulnerabilidades de distintos tipos, tales como, la capacidad de respuesta y de organización de los sistemas sanitarios en conjunto con diversas prácticas sociales, así como la irrupción de los hábitos y actividades cotidianas.

En este sentido, Arcos Gonzalez & Castro Delgado (2015), luego de realizar un recorrido histórico sobre la concepción de desastre en diferentes épocas, llegan a una definición introducida en los años 90, que engloba elementos de riesgo, amenaza y vulnerabilidad, entendiendo al desastre como “interrupción grave del funcionamiento de una comunidad o una sociedad que causa pérdidas humanas, materiales, económicas o

ambientales y que exceden la capacidad de la comunidad o sociedad afectada para hacer frente con sus propios recursos”.

Por otra parte, estos autores introducen en su texto otra definición de desastre, del Centro de Investigación de Epidemiología de los Desastres, de la Universidad de Lovaina, que nos invita a pensar en la situación sanitaria que hemos atravesado:

situación o evento que excede la capacidad de respuesta local, hace necesaria petición ayuda externa nacional e internacional y cumple, al menos uno de los siguientes criterios: 10 o más muertos, 100 o más afectados, declaración del estado de emergencia y una petición ayuda internacional. (Arcos Gonzalez & Castro Delgado, 2015).

En esta misma línea, (Lavell & Lavell, 2020) relacionan el COVID-19 y la pandemia con la definición de desastre, entendido como “una interrupción severa de la vida rutinaria de una sociedad, su cotidianeidad, asociada con la exposición a una amenaza, en condiciones de vulnerabilidad y una falta de capacidad”. (p.3).

Si bien diversos autores trabajan los conceptos de “desastres” y “catástrofes” como totalmente distintos, podríamos pensar en los mismos como diferentes nociones con puntos en común, en el sentido de que implican, a decir de Páez, D et. al (2001) “un suceso negativo, a menudo, imprevisto y brutal que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas importantes, ocasionando un gran número de víctimas y una desorganización social importante” (2001). A raíz de esta definición que Páez aporta aludiendo a las catástrofes, es que podemos encontrar una estrecha relación con la definición de desastres, centrándonos más en los efectos sociales que en las características físicas de los mismos. Sin embargo, para Quarantelli (2006) el carácter disyuntivo de la dinámica y de la estructura social, es lo que diferencia entre eventos catastróficos y desastrosos, entendiendo que: “en un contexto de catástrofe, hay una mayor variedad de actividades de carácter social que necesitan ser reestablecidas en comparación con la magnitud de los daños verificada en un desastre” (Siena, 2014, párrafo 15). En este sentido entonces, se describe que la damnificación o la destrucción de infraestructuras de órganos de emergencia, así como instituciones públicas tales como centros de salud, de educación y cárceles; y cuando se encuentran comprometidos infraestructuras referentes a la vida cotidiana, tales como la interrupción del abastecimiento de energía eléctrica, agua, servicios de comunicación y de transporte, son el factor que permite caracterizar un evento como catastrófico.

Por otra parte, Mordechai (2002) plantea la diferencia entre desastre y catástrofe, aludiendo a que el primero, nos remite a las características del evento; mientras que el segundo se relaciona con la acción de fragmentar la estructura, tanto en el plano individual, como colectivo, social, público o material.

Cabe destacar que al abordar la noción de desastre, diversos autores mencionan una cierta exposición a una amenaza o riesgo, siendo esto último, un concepto de suma relevancia. Esta amenaza, es vista como una inminencia del peligro, dada por la propagación del virus, la cual llevó a la sociedad a tomar una serie de medidas tales como el distanciamiento social y físico; generando así el aislamiento y provocando de esta manera la irrupción en los hábitos y en la rutina de las personas, lo que a su vez implica una readecuación de los mismos, acarreando así una serie de consecuencias psicológicas.

En esta noción de amenaza, se encuentra implícita la noción de crisis, la cual según Fredderick (1977) es considerada como un período de tiempo determinado que puede variar desde unos minutos a meses, y en la cual una situación dada, tiene efectos sobre el equilibrio social y emocional de una persona. (Mordechai, 2002, p.8). En este sentido, diversos autores plantean la importancia de una intervención psicológica en crisis, la cual según Gómez del Campo (1994):

se orienta hacia la expresión de los sentimientos y experiencias internas de la persona que se relacionan con el evento o eventos que provocaron el desajuste, facilita la elaboración del duelo ante la pérdida, en ocasiones de bienes materiales, pero en otros casos ante la irreparable pérdida de un ser querido (p.10-11).

3.2 Emergencia Sanitaria y COVID-19

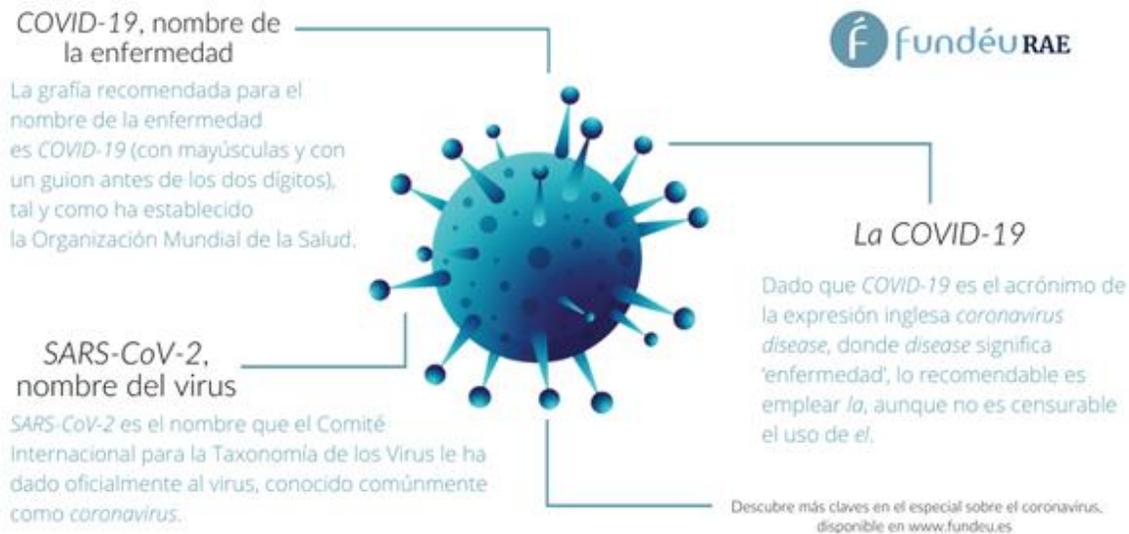
Fredderick (1977) al entender a los desastres como crisis, establece una diferencia entre los términos de crisis y emergencia, en el sentido de que así como las crisis pueden durar minutos o incluso meses, afectando el equilibrio social y emocional de una persona; podría transformarse en una emergencia debido a la evolución de la situación, convirtiéndose así en una situación con necesidades urgentes que requieren de una rápida acción. (Mordechai, 2002, p.8).

Según la OMS, es utilizado el término emergencia de salud pública de interés internacional (o PHEIC, por sus siglas en inglés) “cuando el brote de una enfermedad afecta a más de un país y se requiere una estrategia coordinada internacionalmente para enfrentarlo. Además, debe tener un impacto serio en la salud pública y ser inusual e inesperado”. Esta decisión sobre si habrá o no una emergencia de salud pública de interés internacional (PHEIC), recae finalmente sobre el director general de la OMS. (Muller-Plotnikow, 2020).

En cuanto a las consecuencias de una PHEIC, la OMS establece que el principal objetivo es contener el brote en su lugar originario, y por tanto los países afectados deben brindar información transparente sobre lo sucedido así como encontrarse preparados para aislar a los pacientes infectados. Es labor de la OMS coordinar y apoyar a estos países, con la finalidad de reducir la propagación de la enfermedad. (Muller-Plotnikow, 2020).

En lo que respecta al COVID-19, es prudente iniciar explicando que una pandemia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), corresponde a aquella que se desarrolla posterior a la aparición de un virus nuevo, y que tiene tendencia a ocasionar una enfermedad o muerte; además dentro de sus características se encuentra que es transmitida de persona a persona por determinada vía de contagio (OMS, 2009). En síntesis, para la OMS una pandemia reúne dentro de sus características las siguientes: corresponde a un virus que se considera nuevo, no existe parte de la población que haya sido inmunizada a la patología, su enfermedad se caracteriza por ser de gravedad por tanto podría ocasionar la muerte, y es transmitida de persona a persona por un medio determinado.

El covid-19 reúne las características descritas por lo que es considerado pandemia, forma parte de una familia del virus coronavirus (CoV) con circulación entre humanos pudiendo mutar rápidamente, es un síndrome respiratorio agudo severo modificado del SARS-CoV surgido en el 2002 (Fundeu.es, 2021).



Fuente: Fundeu.es (2021)

Sus manifestaciones médicas causan daños respiratorios y gastrointestinales, y va de un resfriado a una grave patología como neumonía, dificultad severa respiratoria, bronquitis y hasta la muerte (Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2020).

Esta enfermedad muestra periodos de infección, de transmisión, gravedad clínica propagación comunitaria severa, por lo que como estrategia de salud pública se tomaron medidas para evitar los contagios y prevenir la transmisión, entre las que se pueden enumerar: la higiene de manos, distanciamiento social, uso de mascarillas faciales, contacto limitado y aislamiento, la limitación del contacto social y el aislamiento de individuos asintomáticos. Es importante destacar que, aspectos como exámenes nasales, faríngeos, de esputo o lavado intraalveolar pueden arrojar como resultados falsos negativos caracterizando un problema sanitario de control de la epidemia (Castro et al., 2020).

3.3 Aislamiento Social: su relación con la depresión y la ansiedad

Es conocido que una de las principales medidas adoptadas por los gobiernos de los distintos países, para frenar la propagación del virus, fue el aislamiento social. Sin embargo, estas medidas tienen efectos importantes en la salud mental, tales como la depresión y la

ansiedad; “una de las características humanas más importantes es la necesidad de establecer vínculos con otros, y precisamente la fórmula más eficaz para combatir la extensión del contagio de la COVID-19 atenta contra esa necesidad primordial”. (Fernández et al., 2021, p.5)

(Fernández et al., 2021) plantea que:

el aislamiento social, la movilidad restringida y el pobre contacto con los demás, ha incrementado la vulnerabilidad en las personas a presentar múltiples alteraciones psicológicas, desesperación, aburrimiento, insomnio, poca concentración e indecisión, irritabilidad, ira, depresión, ansiedad, angustia de no tener contacto físico o contacto con familiares, amigos, o el no poder desarrollar una rutina de vida normal. Estas alteraciones psicológicas pueden ir desde síntomas aislados hasta el desarrollo de un trastorno mental. (p.2)

(Broche-Pérez, 2021) establece una distinción entre el término de aislamiento social y cuarentena, y plantea que en la mayoría de los casos el aislamiento social depende de la voluntariedad de las personas, mientras que en cuanto a la cuarentena esta limitación es de estricto cumplimiento. De esta manera, se refiere al término cuarentena como la “separación y restricción de movimiento de personas que han sido expuestas a enfermedades contagiosas, o que se encuentran en riesgo de contagio, para de esa forma reducir el riesgo de transmisión de una enfermedad” (Broche-Pérez, 2021, p.3).

Si bien el gobierno de nuestro país no dispuso medidas que ameritaran un confinamiento obligatorio, en los discursos de la población, muchas veces se utilizaron los términos de cuarentena y aislamiento social sin precisar la diferencia, o incluso como sinónimos. Por ello, para el desarrollo de este trabajo, hemos optado por tener en cuenta esta dificultad para su distinción en la población de estudio.

Durante el transcurso de la situación actual de aislamiento social debido al COVID-19, algunos síntomas de afección mental se han visto incrementados, entre ellos, los de depresión y ansiedad por tratarse de los más frecuentes. Este incremento, podría darse por la exposición de la mayoría de las personas a diversas situaciones consideradas como estresantes, sin precedentes, y con una duración desconocida (Ramírez-Ortiz et. al, 2020).

Siguiendo la línea de este autor, se puede considerar frecuente el hecho de perder el control en situaciones de esta índole, debido a que se trata de una situación de duración desconocida en la cual la persona no tiene certeza del resultado final, generando de esta manera una incertidumbre, la cual, asociada a las medidas tomadas del aislamiento social, las cuales provocan una separación del contexto social de la persona, y a la posibilidad de que las expectativas a futuro sean modificadas, son desencadenantes de estados de depresión y ansiedad (Ramírez-Ortiz et al., 2020), los cuales se desarrollan en los apartados siguientes.

3.4 Depresión

De acuerdo con la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2021), la depresión es un trastorno mental frecuente que puede convertirse en crónico, afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, siendo una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Entre sus causas se incluyen factores sociales, psicológicos y biológicos. Por su parte para Kaplan y Sadok (2015), la depresión puede definirse como:

El estado mental que se caracteriza por sentimientos de tristeza, soledad, desesperanza, baja autoestima y autorreproche; los signos acompañantes incluyen retraso psicomotor o, en ocasiones, agitación, retirada del contacto interpersonal y síntomas vegetativos como insomnio y anorexia. El término hace referencia a un estado de ánimo con estas características o a un trastorno del estado de ánimo (p. 8)

Es importante tener en cuenta al hablar de depresión, que existen diversos manuales de psicopatología que definen los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo. Uno de los más utilizados en el campo médico es el DSM-V. Sin embargo, en este apartado he optado por presentar el Manual de Psicopatología de Belloch, el cual tomando como base el DSM, realiza un repaso general a las bases psicopatológicas de los Trastornos Depresivos.

De acuerdo con Belloch et al. (2009), el cuadro clínico que presenta una persona con depresión puede ser muy variado en cuanto a la intensidad y la duración, pero de forma general se pueden observar signos y síntomas en 5 grandes áreas, a saber:

- a. Síntomas anímicos: el principal es un estado de ánimo triste la mayor parte del día, o todos los días, en ocasiones también predomina la irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo, también se observa, la reducción de emociones positivas o de la capacidad de disfrute.
- b. Síntomas motivacionales y conductuales: se caracterizan por un estado general de inhibición, los principales son la apatía y la falta de motivación, “ambos pueden estar conectados con pensamientos negativos de desesperanza, falta de control o de no poder dar sentido a lo que uno hace” (Belloch et al, 2009, p. 241).
- c. Síntomas cognitivos: en este aspecto se ven afectadas las principales funciones cognitivas, como la memoria, atención y capacidad de concentración, intensificados por un tipo de pensamiento circular y rumiativo, viéndose afectadas también las tareas que requieren esfuerzo y control ejecutivo; en cuanto al contenido del pensamiento es común observar el auto desprecio, culpa y pérdida de autoestima.
- d. Síntomas físicos: el insomnio o la hipersomnia son los síntomas típicos en esta esfera, acompañados por la fatiga, pérdida del apetito y “molestias corporales difusas como: dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.” (Belloch et al, 2009, p. 241).
- e. Síntomas interpersonales: relacionados con la esfera social del individuo, siendo el más significativo el deterioro en las relaciones con los demás, de acuerdo con Belloch et al.: “los pacientes con depresión sufren rechazo de las personas que les rodean, factor que influye en un mayor aislamiento” (Belloch et al, 2009, p. 241).

Modelo Cognitivo de la Depresión

Los modelos cognitivos que explican la etiología de la depresión, hacen hincapié en los procesos cognitivos que hacen que una persona se deprima y otra no, los cuales tienen un rol crucial en el inicio, mantenimiento y duración de los trastornos depresivos. Uno de los autores más destacados en las teorías cognitivas es Aaron Beck, quien concibe la depresión como “una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información” (Belloch, et al., 2009, p. 276)

Como explican Belloch et al. (2009), la teoría de Beck concibe el procesamiento distorsionado de la información, que aparece en la depresión como un factor próximo de desencadenamiento y mantenimiento de los síntomas depresivos, sin embargo, hace hincapié en que no es el único factor, por el contrario, destaca posibles causas distantes como: enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias o traumas evolutivos, que pudieran provocar el procesamiento sesgado o distorsionado de la información. De esta manera, en la etiología de la depresión se encuentran factores “genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos” (p. 277).

El modelo cognitivo de Beck propone 3 conceptos que explicarían el inicio de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. En la triada cognitiva, el paciente tiene una visión negativa de sí mismo, su futuro y el mundo. Se ve a sí mismo defectuoso, enfermo y con poca valía, de igual manera, tiende a interpretar sus experiencias de forma negativa, ve al mundo como un lugar amenazante, se siente derrotado y frustrado por su forma de vincularse con el mundo que lo rodea y por último en la visión negativa del futuro, la persona deprimida anticipa el peor escenario posible, adelantándose a dificultades y posibles fracasos (Beck, 2015).

Todos estos factores pueden explicar los síntomas cognitivos de la depresión, mientras que los síntomas físicos como la apatía, poca energía e inhibición psicomotriz, Beck los justifica de la siguiente manera: “La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una inhibición psicomotriz” (Rush, et al., 1996, p.21).

Por otra parte, los esquemas son el concepto que Beck utilizó para explicar por qué a pesar de la evidencia objetiva que da cuenta de los aspectos positivos en la vida del paciente, el mismo mantiene actitudes y conductas contraproducentes que lo mantienen en el estado depresivo (Beck, 2015).

Y finalmente, Beck propone los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información, los cuales ocurren cuando a pesar de la evidencia existente, la persona deprimida mantiene la validez de su concepto negativo. Los errores cognitivos descritos por Beck son los siguientes: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación y minimización, personalización, pensamiento absolutista o dicotómico,

evaluaciones incorrectas, y actitudes disfuncionales sobre el placer versus dolor. (Beck, 2015).

3.5 Ansiedad

Según datos de la OMS, los trastornos de ansiedad son las condiciones mentales más comunes después de la depresión, más de 260 millones de personas en el mundo padecen un trastorno de ansiedad, siendo los más comunes el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico (OMS, 2020).

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española (s.f, definición 1), el término “ansiedad” proviene del latín “anxietas” y se refiere a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo; suele presentarse ante estímulos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos e incluye síntomas neurovegetativos, conductuales, cognitivos y vivenciales (Mardomingo, 1994). Kaplan y Sadok (2015), indican que la ansiedad se caracteriza por ser: “un sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, que puede ser interno o externo” (p. 275).

En líneas generales, se puede decir que la ansiedad tiene características adaptativas y desadaptativas, es adaptativa siempre que sea proporcional a la amenaza, con una duración definida por el tiempo que persista el estímulo temido, y permite la puesta en marcha de recursos. Es desadaptativa, problemática y/o patológica cuando es una respuesta desproporcionada a la amenaza, y con un aumento irregular de la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas, además se mantiene en el tiempo y puede tener un origen biológico (Ramírez et al., 2020).

De acuerdo con Belloch, et al. (2009) la ansiedad al igual que el resto de las emociones, posee un sistema de respuestas en el individuo, a saber: cognitivo (subjetivo), fisiológico (somático) y conductual (motor). La respuesta cognitiva o subjetiva de la ansiedad está mediada por las experiencias de: “miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones, pensamientos intrusivos, etc.” (Belloch, et al., 2009, p. 46). La respuesta fisiológica implica:

Un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión

muscular, palidez facial, etc.), como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria, etc.), algunos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas voluntariamente (agitación, defecación, respiración, etc.), y otros a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias (palpitaciones, vómitos, temblor, etc.). La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos, suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad (Belloch, et al., 2009, p. 46)

Finalmente, la respuesta conductual se refiere a los síntomas que son claramente observables en la conducta del sujeto, tal es el caso de la expresión facial, intranquilidad psicomotriz, movimientos o posturas corporales, todas según Belloch et al. (2009), hacen referencia a las respuestas de huida y evitación de la ansiedad.

La APA (2013) hace una distinción importante entre la ansiedad y el miedo, el segundo se caracteriza por una respuesta emocional específica a una amenaza inminente que activa el sistema nervioso autónomo provocando la lucha o la huida; mientras que la ansiedad, se vincula a la anticipación de una amenaza futura, dando una respuesta física de tensión muscular, conductas evitativas, hipervigilancia. Aunque los trastornos de ansiedad pueden ser comórbidos entre sí debido a sus manifestaciones clínicas, el diagnóstico diferencial se hace a partir de las situaciones temidas o evitadas y el contenido del pensamiento del paciente (APA, 2013).

3.6 Suicidio e ideación suicida

El suicidio, según Rojas (1984) es entendido como “aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien de forma activa o pasiva” (Gorricho, 2010, p.2).

Por otra parte, Casullo (2004), define al suicidio como un:

acontecimiento vital en el que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos. En numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, en tanto pone fin a

situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insoportables para la persona que las padece (p.174).

Larrobla et al, (2017) expresan que en Uruguay, este es un tema preocupante que se ha analizado desde 1998 por la Comisión Nacional Honoraria de Prevención de Suicidio (OPS, 2014), quienes identifican que en el año 2014 asistieron en servicios de salud, 3365 personas con Intento de autoeliminación. Al respecto Flam (2019) explica que “los pensamientos suicidas están correlacionados con sentirse una carga para los demás” (p. 24).

Gorricho (2010) plantea dos elementos o categorías que integran la conducta suicida, por un lado el criterio auto infligido, dentro del cual ubica los parasuicidios, que se caracterizan por la acción violenta relacionada al deseo de conseguir algo, pero sin la intención de acabar con su vida. Por otro lado, plantea el criterio de propósito, el cual se refiere a la finalidad de muerte, y dentro del cual se ubicarían las ideas suicidas, donde si bien la persona aún no se ha producido un daño a sí mismo, contempla al suicidio propiamente dicho como una solución real a sus problemas. Por consiguiente, cuando se produce la suma de estos dos criterios “se establece un plan de acción con diferentes niveles de elaboración. Si la puesta en práctica de este plan tiene éxito conduce a la muerte del sujeto”. (Gorricho, 2010, p.3).

Vírseda (2011) define al comportamiento suicida como:

un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta. (p.4).

Agrega también dicho autor mencionando a Eguiluz (1995; 2003), que al hablar de las conductas suicidas, no nos estamos refiriendo únicamente al suicidio consumado, sino que también podemos incluir dentro de dichas conductas a la ideación suicida, las amenazas o tentativas de suicidio. Con ideación suicida Eguiluz (1995) se refiere a “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir” (Citado por Vírseda et al., 2011, p.6).

Por su parte Sánchez (2013), incluye dentro de los rasgos característicos del suicidio, síntomas relacionados con la depresión o algún trastorno psicológico, que muchas veces no son tomados con la debida atención. Por otra parte, Gutiérrez et. al (2006) considera que la presencia del Suicidio se basa en 2 modelos.

El primero, refiere a Estrés-diátesis basado en las características de algunos individuos que los impulsa, con reacciones particulares, a estímulos del medio ambiente. Los factores estresantes que se asocian al comportamiento suicida son generalmente experiencias traumáticas, enfermedades psiquiátricas, especialmente la depresión, en este orden, las crisis psicosociales también pueden llevar a dicho comportamiento, así como el aspecto genético establecido en la historia familiar.

El segundo, se basa en un proceso relacionado con las características de la personalidad y la interacción con el medio ambiente, estableciendo una secuencia progresiva que comienza con el mismo pensamiento. A su vez en este proceso se detectan pensamientos de derrota, imposibilidad de escape con alteraciones de memorias personales, y déficit para resolver problemas.

Resulta interesante aludir a la triple categorización que menciona Casullo (2004) desde la cual la literatura contemporánea aborda el estudio de los comportamientos suicidas. Esta triple categorización está determinada por las ideaciones suicidas, los parasuicidios y los suicidios. Por una parte, dentro de las ideaciones suicidas ubica el estudio de “distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción” (Casullo, 2004, p.174). En lo que refiere a los parasuicidios, establece que están compuestos por “conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta” (Casullo, 2004, p.174). El último componente de la triple categorización son los suicidios, los cuales “incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr”. (Casullo, 2004, p.174).

Con respecto al intento de suicidio, Palacios (2010) lo define como aquel “acto o conducta que realiza una persona con el objeto de atentar contra su propia existencia sin

lograrlo” (p.55). Dicho autor, plantea también que el intento suicida no siempre tiene como finalidad acabar con la vida, sino que en ocasiones son realizados con el propósito de obtener “ganancias secundarias” como llamar la atención o manipular a otras personas, en la cual el individuo se coloca en una posición de riesgo dado que puede morir sin habérselo propuesto realmente o de lo contrario, no morir aún deseando hacerlo (Palacios, 2010). Según Palacios (2010), el comportamiento suicida se constituye por diferentes etapas, que no son necesariamente secuenciales ni indispensables, entre las cuales destaca “la ideación suicida, la contemplación activa del propio suicidio, la planeación y preparación, la ejecución del intento suicida y el suicidio consumado” (p.54).

Con respecto a las formas en que se intenta consumir el suicidio, Casullo (2004) establece que, las diferencias que hay en las tasas de prevalencia según género, se relacionan con los métodos que estos emplean para ejecutarlo: “los varones emplean más frecuentemente armas de fuego lo que supone mayor certeza de muerte, en tanto que las mujeres suelen recurrir a las píldoras o al gas, cuyos efectos letales son menores” (p.178).

Por su parte, Zaragozano (2017) plantea que la práctica autolesiva “es una forma de expresar el sufrimiento, una forma no verbal de comunicación donde los sentimientos se transmiten visualmente a través del cuerpo” (p.39). Paradójicamente, las autolesiones tienen una función anestésica, ya que muchos adolescentes adoptan este comportamiento como forma de calmar un dolor emocional provocándose un dolor físico mayor, de manera que este disminuya el dolor emocional que sienten el cual lo vivencian como un dolor psíquico insoportable (Zaragozano, 2017).

3.7 Relación entre depresión y suicidio

Es frecuente que los episodios depresivos sean recurrentes, y pueden volverse persistentes o crónicos si no se realiza el tratamiento adecuado. En esos casos, cuando no hay un abordaje precoz de la enfermedad, con frecuencia se va a complicar, e incluso puede desencadenar en suicidio. Hay numerosos estudios que ponen de manifiesto la fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Sobre todo, entre los grupos más vulnerables, que mencionamos anteriormente, como ancianos y adolescentes, y cuando la depresión se cronifica. De hecho, los expertos señalan que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen un problema de salud mental, principalmente depresión (Flam, 2019).

El suicidio se relaciona con la mayoría de los trastornos mentales graves y, en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general (OMS, 2014). Por lo tanto, su abordaje tiene que ser multidisciplinar, para que pueda afrontarse con todos los recursos necesarios, teniendo en cuenta que es un problema crónico de salud. El suicidio y las autolesiones, son frecuentes en personas que sufren depresión. En Europa, de las 60.000 personas que mueren por suicidio consumado, más de la mitad estaban deprimidas.

Esto hizo que hace unos años muchas revistas de alto factor de impacto, sobre todo del campo de la epidemiología, invitasen a los investigadores a hacer trabajos para conocer datos actuales, no solo de la carga de enfermedad, depresión y/o suicidio, sino también para analizar las características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas que lo padecen con el fin de buscar, entre todos, soluciones a dicho problema. El suicidio constituye claramente un grave problema de salud pública, ya que, según la OMS, se estima que cada año se quitan la vida cerca de 800.000 personas a nivel mundial (OMS, 2021).

Dicho en cifras más impactantes, y que suele llegar mejor a la población, se estima que cada 40 segundos se suicida una persona en alguna parte del mundo y muchos más intentan suicidarse (OMS, 2019). De hecho, el suicidio se constituye como la segunda causa de muerte en personas de entre 15 y 29 años (Gil, 2020).

4. Problema y preguntas de Investigación

Dentro de las medidas más frecuentes adoptadas por los Gobiernos de los distintos países para disminuir la propagación del COVID-19, se encuentra el aislamiento social. En contraposición, es sabido que una de las necesidades humanas más importantes es el establecer vínculos con otras personas, lo cual, se ve limitado como consecuencia de las medidas adoptadas. Por tanto, el no poder satisfacer estas necesidades, podría tener consecuencias sobre la salud mental de las personas.

A partir de la revisión bibliográfica realizada, se ha detectado que en el año 2020 la tasa de suicidio en jóvenes entre 19 y 24 años en Uruguay se vio incrementada en un 45% con respecto al año 2019 lo cual constituye un tema preocupante que debe ser problematizado. A su vez, diferentes estudios han planteado que los síntomas de depresión

y ansiedad, sometidos a distintos contextos que los intensifican, son catalizadores de Intentos de Autoeliminación. Sin embargo, no se encontraron numerosos estudios en la literatura nacional que abordaran la problemática del suicidio adolescente en Uruguay, relacionadas a la depresión y ansiedad como consecuencia de la emergencia sanitaria por COVID-19. Es relevante tener en cuenta que, este corte abrupto en la rutina a raíz de las medidas consideradas para detener la propagación del virus podría suponer un factor de riesgo para la población joven. Se entiende que, esta población se encuentra expuesta a diversos factores de riesgo, y es en la medida que estos factores se ven incrementados, que podrían darse mayores efectos en su salud mental.

En este sentido, conocer cómo ha afectado la pandemia en la salud mental de los jóvenes en nuestro país, y poder reconocer distintas conductas de riesgo, nos permitirá contribuir a generar estrategias para afrontar posibles emergencias futuras.

A partir de esto, se plantean las siguientes preguntas, las cuales guiarán el transcurso de la investigación:

¿Aparecen las variables depresión y ansiedad cuando la persona se encuentra sometida al aislamiento social?

¿El aislamiento social producto de esta emergencia sanitaria incide en los intentos de autoeliminación?

¿En qué punto dichas variables guardan relación con los Intentos de Autoeliminación en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Analizar la depresión y la ansiedad en el contexto de la emergencia sanitaria (COVID-19) como factor detonante de Intentos de Autoeliminación (IAE).

5.2 Objetivos específicos

Investigar en qué grado aparecen las variables de depresión y ansiedad relacionadas al aislamiento social por COVID 19

Determinar si se presentan indicios de IAE en el transcurso de la enfermedad

Establecer el grado de relación entre las variables depresión y ansiedad, con los intentos de autoeliminación afectadas por el aislamiento social

6. Metodología

Diseño metodológico

En función de los objetivos planteados y a partir de las preguntas que guían esta investigación, resulta pertinente realizar una investigación de tipo transeccional o transversal, correlacional-causal. Según Hernández Sampieri et al.(2014) las investigaciones de tipo transeccionales o transversales, recolectan datos en un solo momento y en un tiempo único, donde el propósito es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández Sampieri et al., 2014, p.154). Con respecto a los diseños transeccionales correlacionales-causales, Hernández Sampieri et al. (2014) establece que estos “describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. A veces, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causa-efecto (causales)” (p.157).

Población de estudio y criterios de inclusión

La población participante será jóvenes de entre 19 a 24 años de edad, que residan en Uruguay, y se encuentren transitando cuarentena debido al COVID-19, o que la hayan transitado en un período de tiempo no mayor a 6 meses. La edad de la población de estudio se relaciona con los antecedentes de esta investigación, debido a que en el año 2020 se vio un incremento del 45% de la tasa de suicidio en jóvenes de 19 a 24 años, en comparación al 2019.

Se espera en esta instancia, contar con la participación de 50 jóvenes aproximadamente, teniendo en cuenta que no se debe a una muestra significativa de la población, sino que se trata de una aproximación que servirá de insumo para un posterior estudio más profundo.

Instrumentos de medición

Se utilizarán diversos test autoaplicados, con la finalidad de medir ansiedad, depresión, desesperanza, e ideación suicida:

Inventario de Ansiedad de Beck - Beck Anxiety Inventory (BAI)

Se trata de un cuestionario autoaplicado de 21 ítems con diversos síntomas centrados en aspectos físicos relacionados a la ansiedad. Cada ítem se puntúa con valores de 0 a 3, en el cual 0 se corresponde a “en absoluto”, 1 a “levemente”, 2 a “moderadamente”, y 3 a “severamente”. La puntuación total se obtiene con la suma de las puntuaciones de todos los ítems, siendo la puntuación máxima 63 puntos. Para la interpretación de datos, se considera una puntuación entre 0 y 7 como nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 puntos como leve, de 16 a 25 como moderado, y de 26 a 63 como grave. (Pagano & Vizioli, 2021)

Inventario de Depresión de Beck - Beck Depression Inventory (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1967, 1978) constituirá un instrumento útil para diagnosticar problemas de pacientes que tienen dificultad para centrarse en sus síntomas o en situaciones concretas. Casi todos los ítems del Inventario pueden constituir una puerta de acceso a los constructos inadecuados o distorsionados del individuo. Por ejemplo, cuestiones específicas referentes a puntuaciones altas en los ítems denominados sentimiento de fracaso, momentos de tristeza, fatigabilidad, etc., suelen dar lugar a una gran riqueza de datos acerca de las autoevaluaciones negativas, de su fijación en carencias reales o que él imagina, y de sus expectativas negativas referentes a cualquier actividad dirigida a un objetivo, respectivamente.

El objetivo es evaluar la profundidad o intensidad de la depresión. Consta de 21 ítems. Se fundamenta teóricamente en el enfoque cognitivo de la depresión, considerando que este último tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas; donde las manifestaciones conductuales y afectivas son el producto de cogniciones de carácter depresivo, que a su vez, se basan en creencias irracionales. (González et. al, 2007).

Escala de Desesperanza de Beck - Beck Hopelessness Scale (BHS)

La Escala de Desesperanza de Beck es un instrumento que consta de 20 ítems con declaraciones que involucran cogniciones sobre la desesperanza, en la cual la persona debe marcar si está o no de acuerdo con la afirmación. Dicha escala, nos brinda información sobre la presencia o ausencia de desesperanza en la persona, y por tanto nos permite evaluar el alcance de las expectativas negativas con respecto al futuro inmediato y remoto. (Amaral et al., 2020).

Escala de Ideación Suicida de Beck - Scale for Suicide Ideation (SSI)

La Escala de Ideación Suicida de Beck es un instrumento que nos permite identificar la incidencia de la ideación suicida, y consta de 19 ítems que contienen 3 respuestas alternativas que evalúan la gravedad de los deseos, actitudes y planes suicidas. (Amaral et al., 2020).

Procedimiento

En primer lugar, se realizará una convocatoria virtual a través de redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram), con la finalidad de contactar a la población de estudio. De esta manera, a quienes muestren interés en su participación voluntaria, se les hará llegar el consentimiento informado, el cual deberán leer y expresar estar de acuerdo (pueden enviar el documento firmado escaneado o expresar su consentimiento adjuntando una foto de la cédula de identidad). Una vez obtenido el consentimiento, se les enviará un link de

acceso en el cual deberán contestar los test. Cabe destacar, que los test serán procesados automáticamente por una base de datos diseñada previamente, la cual permitirá la aplicación de test en el orden elegido. De esta manera, se aplicará en primer lugar el test de ansiedad (BAI), luego el de depresión (BDI-II), posteriormente la Escala de Desesperanza, y en caso de que el programa detectara una puntuación que refleje presencia de desesperanza en el último inventario, se aplicará un último test (Escala de Ideación Suicida de Beck), para determinar la presencia o ausencia de idea suicida.

Análisis de datos

Los datos serán recolectados y procesados de manera automática por el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), el cual “permite manejar bancos de datos de gran magnitud y también efectuar análisis estadísticos muy complejos” (Castañeda, et. al, 2010, p.15). Dicho programa, permitirá también el posterior análisis de los resultados obtenidos a partir de las puntuaciones de los test aplicados, y la obtención de diagramas para visualizar gráficamente la relación entre las variables medidas.

7. Consideraciones éticas

Conforme a la normativa vigente en la UDELAR, y particularmente en la Facultad de Psicología, dicha investigación se llevará a cabo de acuerdo con las normas establecidas por el Decreto 379/008 del Consejo de Ministros sobre la Investigación en seres humanos. En este sentido, se trabajará sobre el principio de autonomía, principio de beneficencia, principio de no maleficencia y el principio de justicia. Esta normativa se centra en la protección integral de las personas, respetando su integridad, su dignidad y sus derechos humanos.

Así mismo, se les solicitará a las personas participantes de dicha investigación, su consentimiento libre e informado, luego de haberles explicado la finalidad de la misma, su utilización y posterior manejo de la información, además de aclararles que su participación será voluntaria, y que no generará ningún tipo de retribución o beneficio. No obstante, se le informará que en caso de generar algún tipo de perjuicio contra la persona, a raíz de dicha investigación, será responsabilidad del investigador, patrocinador, y/o la institución

competente, brindarle la asistencia integral correspondiente para subsanar los daños sin costo alguno.

Por otra parte, se les comunicará la posibilidad de su negativa a participar en dicha investigación, o de terminarla en cualquier momento que considere necesario luego de comenzada la misma, sin obtener por esto, penalización alguna. Por último, se garantizará la protección de datos personales y la identidad de la persona, de acuerdo con la Ley N° 18.331 (2008), manteniendo un uso correcto de la información, la confidencialidad, y el secreto profesional. Se le podrá realizar una devolución de dicha investigación a las personas partícipes; y a su vez, se generará un informe de la misma que podrá ser compartido con las instituciones correspondientes.

8. Cronograma de ejecución

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Revisión y consulta bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración de consentimiento informado y diseño de convocatoria	X	X										
Diseño de base de datos		X	X									
Convocatoria virtual			X	X	X							
Aplicación de test				X	X	X						
Análisis de datos						X	X	X				
Elaboración de informe final								X	X	X		
Publicación y plan de difusión										X	X	X

9. Resultados esperados y plan de difusión

En base al presente pre-proyecto de investigación, es esperable encontrar una relación entre las variables depresión y ansiedad con los intentos de autoeliminación, cuando éstas se encuentran sometidas al aislamiento social producto de transitar la enfermedad COVID-19. Así, se pretende aportar estrategias de prevención y acompañamiento a través de diferentes actividades, como por ejemplo talleres educativos relacionados a la temática; generando espacios de escucha para esta población entendida como vulnerable, ya sea desde instituciones, centros de salud u otros adultos referentes, donde cuenten con un grupo de pertenencia en el cual se sientan acogidos, escuchados y contenidos. Se aspira entonces, a contribuir en la elaboración de políticas públicas para la promoción de la salud, buscando la participación activa de jóvenes en grupos de pares, de manera que oficie como factor protector ante conductas de riesgo.

En palabras de Casullo (2005):

Todo suicidio, más que reflejar el no soportar seguir viviendo parece expresar el rechazo del propio sujeto a desvincularse de las “percepciones preferidas de sí mismo”. El suicidio aparece, en este contexto, como un comportamiento defensivo ante la posibilidad de cambio en las auto-percepciones: tener que verse a sí mismo/a de otra manera (Smith, 1990). Generemos en nuestros adolescentes y jóvenes la capacidad de recuperarse y sobreponerse ante situaciones de pérdida, dolor, separaciones, crisis. (Henderson y Milstein, 2003). Es una urgencia social. (p.180).

En cuanto a la investigación en general, se busca contribuir a diferentes líneas investigativas tanto dentro como fuera de la Facultad de Psicología, pudiendo tomarse como insumo para futuras investigaciones, relacionadas con la temática de dicho trabajo. A su vez, se pretende difundir el mismo en la página de la Facultad de Psicología, con la finalidad de invitar a estudiantes que quieran integrar un equipo para desarrollar este proyecto de investigación en el marco del Programa de Apoyo a la Investigación Estudiantil (PAIE) de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC).

Finalmente, se anhela que los resultados obtenidos del proyecto en cuestión, sean difundidos en talleres abiertos, de participación voluntaria, donde se espera la presencia y colaboración de docentes, estudiantes, autoridades, y población a nivel general, en especial

adolescentes, siendo estos últimos, los de mayor interés por tratarse de la población de estudio del proyecto de investigación.

10. Referencias bibliográficas

- Amaral, A. P., Uchoa Sampaio, J., Ney Matos, F. R., Pocinho, M. T. S., Fernandes de Mesquita, R., & Sousa, L. R. M. (2020). Depressão e ideação suicida na adolescência: Implementação e avaliação de um programa de intervenção. *Enfermería Global*, 19(3), 1-35. <https://doi.org/10.6018/eglobal.402951>
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios clínicos del DSM-5*. (1a ed.). American Psychiatric Association Publishing.
- Arcos González, Pedro, & Castro Delgado, Rafael. (2015). La construcción y evolución del concepto de catástrofe-desastre en medicina y salud pública de emergencia. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 59-61. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100013>
- Bagattini, N., Dogmanas, Denisse, Villalba, Luis, & Bernardi, Ricardo. (2020). Atención en salud mental y covid-19: Respuestas iniciales en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 84(2). <https://doi.org/10.46706/PSI/84.2.4>
- Bailador, P., Viscardi, N., & Dajas, F. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Rev. Med. Uruguay*, 13(3), 213-223.
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización* (Vol. 141626). Editorial Gedisa.
- Belloch, A., Sandin, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología*. 2.ª Edición McGraw-Hill. Madrid. España.
- Broche-Pérez, Y. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública.*, 14.
- Cajigas-Segredo, N., Kahan, E., Luzardo, M., & Ugo, M. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 149-163.
- Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y., De Vries, W. (2010). Aspectos generales de SPSS para Windows. En: *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Un libro práctico para investigadores y administradores educativos*. Porto Alegre. Editorial EdiPUCRS.
- Castro-Sardi, X., Cagüañas Rozo, D., Quintero Mosquera, D. P., Fernández Dusso, J. J., & Silva Vega, R. (Eds.). (2020). *Ensayos sobre la pandemia* (1.a ed.). Universidad Icesi. <https://doi.org/10.18046/EUI/vc.4.2020>
- Casullo, M. M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de investigaciones*, 12, 173-182.

Decreto N° 93/020 (2020). Declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus Covid-19 (Coronavirus). Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>

Decreto N° 379/008 (2008). Investigación en Seres Humanos. Recuperado de: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/379-2008>

Decreto N° 414/009 (2009). Relativo a la reglamentación de datos personales. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/414-2009>

Decreto CM 515 del Poder Ejecutivo (2008) Normativa científica nacional de investigación con seres humanos. Recuperado de: http://www.ucu.edu.uy/sites/default/files/pdf/uruguay_decreto_PE_investigacion2008.pdf

del Uruguay, C. D. P. (2001). Código de ética profesional del psicólogo/a. Recuperado de https://www.bps.gub.uy/bps/file/8120/1/codigo_de_etica_profesional_del_psicologo.pdf

Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5.^a ed.). (2013). AmericaPsychiatricAssociation

Fernández, S. C., Ortiz, O. M. G., & Cruz, V. (2021). MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS EN ADULTOS MAYORES EN AISLAMIENTO SOCIAL DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. 12.

Flam, F. (2019). Recuperado el noviembre de 2019, de El suicidio como otro problema de salud pública: <https://www.infobae.com/america/mundo/2019/05/17/el-suicidio-como-otro-problema-de-salud-publica/>

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2020). Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19. Evidencias y Recomendaciones de las Asociaciones Profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. https://aepnya.es/wp-content/uploads/2020/07/InformeCOVID_final_Vcorregida.pdf

Fundeu.es. (2021). La COVID-19, Nombre de la enfermedad del coronavirus. [Online].. Disponible en: <https://www.fundeu.es/recomendacion/covid-19-nombre-de-la-enfermedad-del-coronavirus/>.

Gil, A. (2020). Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. Wecare-u. Healthcare Communication Group. <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>

Gimenez, L. (2020). Uruguay en el enfrentamiento a la pandemia de Covid-19. La psicología de la salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina. CEDEM

Gómez Del Campo Estrada, J. F. (1994). Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento. México: Universidad Iberoamericana, Plaza y Valdés.

- González M, Martín M, Grau JA, Lorenzo A (2007) Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión. En: González M (Ed) Instrumentos de Evaluación psicológica, La Habana: ECIMED, 165-214
- Gorricho, A. E. (2010). CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA. 14.
- Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29(5), 66-74.
- Hein, P. (2021). Un tema que nos duele a todos. Universidad de la República Uruguay. Recuperado de: <https://udelar.edu.uy/portal/2021/07/un-tema-que-nos-duele-a-todos/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., Méndez Valencia, S., & Mendoza Torres, C. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.
- Kaplan y Sadok (2015) *Signos y síntomas en Psiquiatría*. (10° Edición) Sinopsis en psiquiatría.
- Larrobla, C., Hein, P., & Novoa, G. (2017). 70 años de Suicidio en Uruguay. FLACSO. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9489/1/70-anos-de-suicidio-en-uruguay.pdf>
- Lavell, A., & Lavell, C. (2020). COVID-19: Relaciones con el riesgo de desastres, su concepto y gestión. 35. Recuperado de: https://www.desenredando.org/public/2020/Lavell_2020-05_Covid-19_y_Desastre_v3.4.pdf
- Ley de salud mental N°1959. Agosto 2018. Recuperado en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Magni, S. (14 de julio de 2020). La salud mental de los uruguayos en contextos de distanciamiento físico por el coronavirus. Montevideo Portal. <https://www.montevideo.com.uy/Salud/La-salud-mental-de-los-uruguayos-en-contextos-de-distanciamiento-fisico-por-el-coronavirus-uc758500>
- Mardomingo, M. J. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes*. Díaz de Santos.
- Miller, D. (2018). Rasgos de personalidad en adolescentes Uruguayos: un estudio comparativo entre jóvenes con y sin riesgo suicida. In X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Mordechai, B. (2002). Salud mental y desastres. Nuevos desafíos. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 35(1), 3-25. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2002/nnp021b.pdf>

- Muller-Plotnikow, S (2020). OMS: ¿Qué es una emergencia sanitaria internacional?. Recuperado de: <https://www.dw.com/es/oms-qu%C3%A9-es-una-emergencia-sanitaria-internacional/a-52217051>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Temas de salud Factores de Riesgo. Recuperado de: https://www.who.int/es/topics/risk_factors
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Cada 40 segundos se suicida una persona. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Suicidio. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Nuevo Coronavirus (COVID-19) - Actualización Epidemiológica. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15725:14-february-2020-novel-coronavirus-ncov-epidemiological-update&Itemid=42346&lang=es
- Páez, D., Fernández, I., & Beristain, C. M. (2001). Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. Catástrofes y ayuda en emergencia: estrategias de evaluación, prevención y tratamiento, 85-148. Recuperado de: http://www.contralatortura.org/uploads/f1adbb_161037.pdf
- Pagano, A. E., & Vizioli, N. A. (2021). Estabilidad temporal y validez discriminante del Inventario de Ansiedad de Beck. Liberabit, 27(1)
- Palacios Delgado, J. R., Sánchez Torres, B., & Andrade Palos, P. (2010). Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 12, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 53-75 Universidad Intercontinental. Revista intercontinental de Psicología y Educación, 12(1).
- Pérez, V.; Gonzalez, A.; Arango, C. y Navio, M. (2020). Depresión y COVID-19. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. Wecare-u. Healthcare Communication Group. <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>
- Quarantelli, E. L. (1996). Desastres y catástrofes: condiciones y consecuencias para el desarrollo social. Colección de Piezas de un Rompecabezas Social, 30. <https://www.desenredando.org/public/libros/1996/dma/DesastresModeloParaArmar-1.0.0.pdf>

- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LA SALUD MENTAL ASOCIADAS AL AISLAMIENTO SOCIAL [Preprint]. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.303>
- Real Academia Española. (s.f.). Ansiedad. En Diccionario de la lengua española. Recuperado en setiembre de 2021, de <https://dle.rae.es/ansiedad>
- RUSH, A. T. B. A. J., & EMERY, B. F. S. G. (1996). Terapia Cognitiva de la Depresión. Cap, 3, 53.
- Sánchez, E. (2013). El suicidio en ancianos: Prevención e intervención psicológica. In Conferencia en CASC (Vol. 10, pp. 09-13). <http://www.cop.es/uploads/PDF/EL-SUICIDIO-EN-ANCIANOS.pdf>
- Siena, M. (2014). Desastres y vulnerabilidad: un debate que no puede parar. Bulletin de l'Institut français d'études andines, (43 (3)), 433-443. <https://journals.openedition.org/bifea/5900>
- Vírseda, J., Amado, G., Bonilla, M. P., & Gurrola, G. (2011). Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. Revista de Psicología, 15, 1-18.
- Viscardi, N., Hor, F., & Dajas, F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. Rev Med Uruguay, 10(2), 79-91.
- Zaragozano, J. F. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. Boletín de la sociedad de pediatría de Aragón, La Rioja y Soria, 47(2), 37-45.

11. Anexos

Consentimiento informado

Montevideo,, de.....de.....

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo analizar la depresión y la ansiedad en el contexto de emergencia sanitaria (COVID-19) como factor detonante de intentos de autoeliminación (IAE), y es llevado a cabo por la estudiante Melissa Picardo, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Los instrumentos a utilizar son el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), con la posibilidad de completar finalmente un cuarto test: la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI). Los datos personales y la información recabada serán preservados con total confidencialidad. Los mismos podrán ser utilizados y/o tratados de forma anónima, únicamente en el ámbito académico científico. Su participación en la investigación: “Depresión, Ansiedad e Intentos de Autoeliminación (IAE) en jóvenes uruguayos en el contexto de la emergencia sanitaria (COVID-19)”, es libre y voluntaria, y no implicará ningún costo, ni retribución económica. Usted tendrá la posibilidad de desistir en el momento que lo desee, sin tener que rendir explicación alguna, ni recibir ningún perjuicio. Usted está en su derecho de no participar de la investigación. En caso de que se genere algún tipo de perjuicio contra usted, a raíz de dicha investigación, será responsabilidad del investigador, patrocinador, y/o la institución competente, brindar asistencia integral para subsanar los daños sin costo alguno. Ante cualquier duda o inquietud con respecto a su participación en la investigación, tendrá la posibilidad de consultarlo, en el momento que considere necesario, al investigador responsable.

En función de lo informado y de acuerdo con participar, manifiesta su consentimiento:

Nombre del participante.....

Firma del participante.....

Datos del investigador responsable:

Nombre: Melissa Picardo Barbazán

C.I.: 5.097.366-9

098136928

Firma.....

Muchas gracias por su colaboración!

Inventario de Ansiedad de Beck - BAI

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inventario de Depresión de Beck - BDI-II

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que esté siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Escala de Desesperanza de Beck

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

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

Escala de Ideación Suicida - SSI

1. Deseo de vivir

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Débil
- 2. Ninguno

2. Deseo de morir

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

3. Razones para vivir/morir

- 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
- 1. Aproximadamente iguales
- 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. Deseo de intentar activamente el suicidio

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

5. Deseos pasivos de suicidio

- 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
- 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
- 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Por amplios períodos de tiempo
- 2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)

- 0. Raro, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

8. Actitud hacia la ideación/deseo

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out

- 0. Tiene sentido del control
- 1. Inseguro
- 2. No tiene sentido del control

10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)

- 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
- 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
- 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

11. Razones para el intento contemplado

- 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)

- 0. No considerado
- 1. Considerado, pero detalles no calculados
- 2. Detalles calculados/bien formulados

13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)

- 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
- 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
- 2a. Método y oportunidad accesibles
- 2b. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento

- 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
- 1. Inseguridad sobre su valor
- 2. Seguros de su valor, capacidad

15. Expectativas/espera del intento actual

- 0. No
- 1. Incierto
- 2. Sí

16. Preparación actual para el intento contemplado

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
- 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

17. Nota suicida

- 0. Ninguna
- 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
- 2. Nota terminada

18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)

- 0. Ninguno
- 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
- 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado

- 0. Reveló las ideas abiertamente
- 1. Frenó lo que estaba expresando
- 2. Intentó engañar, ocultar, mentir