

Problemas emocionales y de comportamiento en adolescentes en el contexto de COVID-19: un estudio de método mixto*

Carolina Ferreira Peterle^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-3930-8080>

Caroline Lima Fonseca¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5974-4328>

Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6652-593X>

Maria Aparecida Munhos Gaíva¹

 <https://orcid.org/0000-0002-8666-9738>

Paula Manuela Jorge Diogo³

 <https://orcid.org/0000-0003-4828-3452>

Juliano Bortolini⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0126-3040>

Destacados: (1) La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto negativo en las emociones y en los comportamientos. (2) Se clasificaron el 61,17% de los adolescentes con problemas emocionales y de comportamiento (PEC). (3) En el contexto pandémico, las chicas fueron las más afectadas por los PEC. (4) Prevalcieron los problemas de relación entre pares y síntomas emocionales.

Objetivo: estimar la prevalencia de problemas emocionales y de comportamiento en adolescentes en el contexto de la pandemia de COVID-19 e explorar la percepción de los adolescentes acerca de los problemas emocionales y de comportamiento identificados.

Método: un estudio de método mixto de diseño explicativo secuencial. Participaron 479 adolescentes de 15 a 18 años de una capital de la región Centro-Oeste brasileña. **Resultados:** de los 479 participantes, la media de las edades fue los 16,03 años (DP=1,01). La prevalencia de PEC fue del 61,17% y había una diferencia en cuanto al sexo ($OR_b=2,93$; $p<0,01$). Las mayores prevalencias se relacionaron con los problemas de relación entre pares (54,49%) y con los síntomas emocionales (52,40%). Los adolescentes notaron un aumento de soledad, ansiedad, tristeza, alejamiento de amigos y dificultades de socialización durante la pandemia. **Conclusión:** se clasificó la mayoría de los adolescentes investigados con problemas emocionales y de comportamiento, y las chicas presentaron una mayor probabilidad de manifestarlos en comparación con los chicos. Las declaraciones de los adolescentes refuerzan los resultados cuantitativos. Así, se señala la necesidad de implementar acciones para promover y restaurar la salud mental de los adolescentes, para mitigar los impactos socioemocionales de la pandemia de COVID-19 en esa población.

Descriptor: Emociones; Conducta; Salud Mental; Adolescente; COVID-19; Pandemia de la COVID-19; Enfermería.

* Este artículo hace referencia a la convocatoria "La salud del adolescente y el papel de la(o) enfermera(o)". Editado por la Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. La publicación de este suplemento contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Los artículos se han sometido al proceso estándar de revisión por pares de la revista para suplementos. Las opiniones expresadas en este suplemento son exclusivas de los autores y no representan las opiniones de la OPS/OMS. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Proceso nº 23108.067616/2021-09, Brasil.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Cuiabá, MT, Brasil.

² Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

³ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem, Lisboa, Portugal.

⁴ Universidade Federal de Mato Grosso, Departamento de Estatística, Cuiabá, MT, Brasil.

Cómo citar este artículo

Peterle CF, Fonseca CL, Freitas BHBM, Gaíva MAM, Diogo PMJ, Bortolini J. Emotional and behavioral problems in adolescents in the context of COVID-19: a mixed method study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30(spe):e3744.

[Access   ]; Available in: . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6273.3744>

month day year

URL

Introducción

La adolescencia se caracteriza por la transición entre la infancia y la edad adulta. Es un proceso marcado por diversos cambios físicos, psicológicos y sociales, que son fundamentales para que el adolescente madure y pueda vivir de manera independiente⁽¹⁾. Aún no hay consenso acerca de las delimitaciones de edad para esta fase entre los estudiosos de este campo, pero según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁾ la adolescencia empieza a los 10 años y termina a los 19 años, donde los adolescentes jóvenes son aquellos que tienen entre 15 y 19 años. Sin embargo, conforme el Estatuto del Niño y del Adolescente de 1990, la adolescencia contempla el grupo de edad de 12 a 18 años.

Los adolescentes experimentan diversos cambios psicológicos, cognitivos, sociales, sexuales y morales, que se relacionan entre sí de manera intemporal y se influyen por el desarrollo físico (pubertad), por la búsqueda de la identidad personal y la autonomía⁽³⁾. La autora, además, destaca la relevancia del desarrollo psicosocial en esta fase, con la mejora de las competencias emocionales y sociales esenciales para el bienestar, entre ellas, la capacidad de lidiar las emociones y de relacionarse afectivamente con otras personas.

En este contexto, experimentar el sufrimiento emocional en la adolescencia puede provocar síntomas agresivos y depresivos, que son perjudiciales para la salud física y mental de los adolescentes, además de comprometer el funcionamiento social, cognitivo y académico⁽⁴⁾. Entre los eventos y circunstancias capaces de provocar el sufrimiento emocional entre los adolescentes, se destaca la pandemia causada por el nuevo coronavirus, que se identificó en diciembre de 2019 en Wuhan, provincia de Hubei, China, caracterizada como una neumonía infecciosa aguda⁽⁵⁾.

En un corto período de tiempo, un virus llamado SARS-CoV-2 se propagó por todo el mundo, debido a su alto nivel de transmisibilidad, causando la enfermedad COVID-19⁽⁵⁾. Desde entonces, la OMS empezó a recomendar la limitación del contacto físico con el fin de reducir la transmisión y, en consecuencia, evitar el aumento de los casos, indicando la adopción de la cuarentena doméstica y del alejamiento físico como estrategias de control⁽⁶⁾. Consiguientemente, hubo una pérdida de contacto íntimo y social, lo que culminó en mayores momentos de estrés con sensaciones de soledad y/o enojo⁽⁷⁻⁸⁾, lo que comprometió las emociones y comportamientos de los adolescentes.

Los problemas emocionales y de comportamiento (PEC) se caracterizan por un estado de ánimo deprimido generalizado, por la incapacidad de establecer relaciones interpersonales satisfactorias, por presentar comportamientos o sentimientos que se consideran inapropiados en circunstancias específicas y por la tendencia

a desarrollar síntomas físicos o temores asociados con problemas sociales⁽⁹⁾. Por lo tanto, los PEC entre adolescente se deben ver con atención por profesionales de salud, padres, familiares y profesores, una vez que la identificación temprana de estos problemas puede mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los adolescentes.

Debe considerarse que los contextos socioculturales y económicos influyen en el desarrollo de PEC. Así, vivir un evento de grandes proporciones como la actual crisis impuesta por el COVID-19, exige adaptaciones de toda la sociedad, sobre todo, de adolescentes que se enfrentan a estos cambios inesperados del día a día con más dificultades, lo que puede causar los PEC⁽¹⁰⁾.

Con las escuelas cerradas, restringidas al entorno doméstico, los adolescentes tenían que lidiar cada día con el miedo a la infección, las incertidumbres acerca de la enfermedad, la frustración, el aburrimiento, las informaciones inadecuadas, la pérdida financiera familiar, el duelo familiar y el aislamiento físico y social. Esto impactó diversos aspectos de la vida, como los aspectos sociales, emocionales y de comportamiento, que se pueden interiorizar como sufrimiento y colaborar con el desarrollo de cambios psicoemocionales⁽¹¹⁻¹²⁾.

Así, es imprescindible investigar los PEC en adolescentes, teniendo en cuenta el contexto de la pandemia de COVID-19, y comprender la importancia de este evento en la vida de esa población. Estudios de esta naturaleza son esenciales para orientar las políticas y prácticas de salud dirigidas a este público, para asegurar la reducción de daños y mejorar la salud socioemocional de esta población. Estos también podrán fomentar movilizaciones en la prevención, identificación, recepción, derivación y tratamiento de la PEC en adolescentes⁽¹³⁾. Además, se resalta la relevancia de este estudio para la Enfermería, una vez que la aclaración de los PEC en adolescentes en el contexto pandémico permitirá que enfermeros implementen cuidados basados en las necesidades psicoemocionales reales de los pacientes.

Ante esto, los objetivos de este estudio fueron: (1) estimar la prevalencia de los problemas emocionales y de comportamiento en adolescentes en el contexto de la pandemia de COVID-19; (2) explorar la percepción de los adolescentes acerca de los problemas emocionales y de comportamiento identificados.

Método

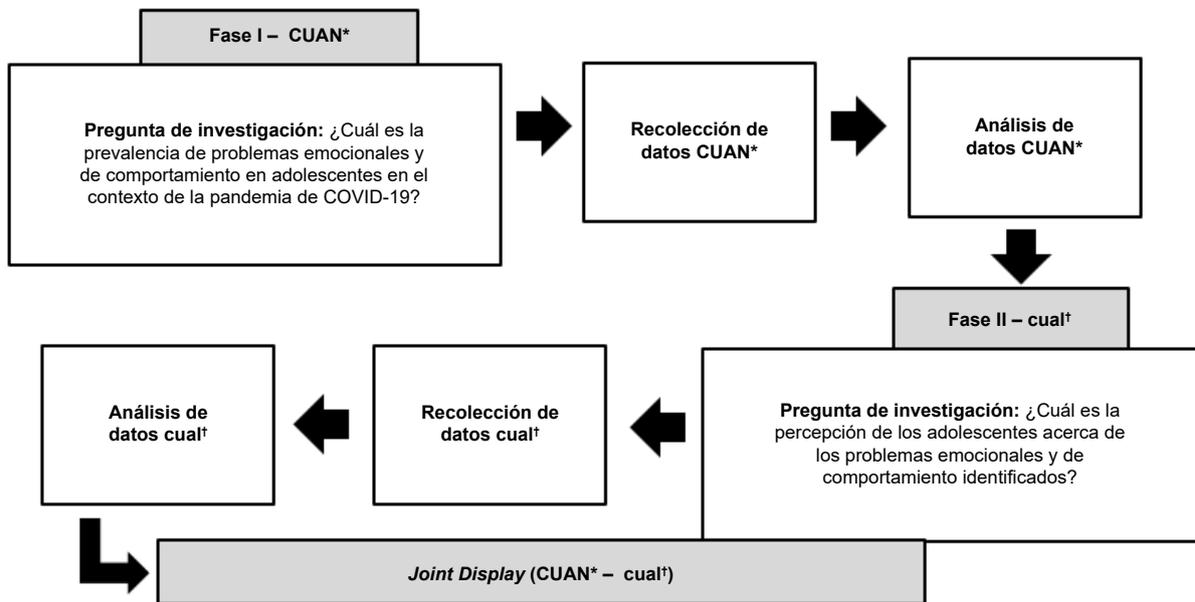
Diseño del estudio

Esta es una investigación de método mixto, de diseño explicativo secuencial en dos fases. En la primera fase se realizó un estudio observacional transversal (cuantitativo) y luego se desarrolló un estudio de tipo exploratorio-

descriptivo (cualitativo). El diagrama representativo del diseño de la investigación se encuentra en la Figura 1.

En el diseño explicativo secuencial que se adoptó en este estudio, los pasos de investigación recayeron en etapas claras y separadas, pero combinadas. Por lo tanto, se recolectaron y se analizaron los datos cuantitativos (CUAN) con mayor peso en una primera etapa

de la investigación, seguidos de la recolección y análisis de los datos cualitativos (cual), desarrollada a partir de los resultados cuantitativos (CUAN) iniciales. Entonces se realizó la conexión e interpretación de los datos (CUAN-cual). Este diseño (Figura 1) es muy valioso para profundizar (cualitativamente) datos cuantitativos iniciales⁽¹⁴⁾.



*CUAN = Cuantitativo de mayor peso; †cual = Cualitativo de menor peso

Figura 1 – Diagrama representativo del diseño del estudio. Cuiabá, MT, Brasil, 2022

Local

El estudio se realizó en 21 escuelas públicas y en cuatro escuelas privadas del municipio de Cuiabá, MT, Brasil. Se invitaron a participar del estudio todas las escuelas públicas y privadas de la zona urbana de la capital, pero solo se incluyeron las que autorizaron y respaldaron la investigación.

Período

La recolección de datos de la fase cuantitativa del estudio ocurrió entre abril y julio de 2021 y la fase cualitativa, en julio de 2021.

Población y criterio de selección

Se consideró como población del estudio adolescentes de 15 a 18 años, matriculados en la enseñanza secundaria de las escuelas incluidas en la investigación.

Participantes

Se consideró el muestreo probabilístico estratificado para la estimación de la muestra esperada en la Fase I,

considerando dos estratos (escuelas públicas y privadas) con el fin de asegurar la representación de ambos. El cálculo de muestra de la población finita se realizó por el *software* Epi Info®, en vista de la población finita, el nivel de confianza del 95%, el porcentaje del 50% para el fenómeno, el tamaño de la población de 21.164 y el error del 5%, lo que resultó en una muestra mínima esperada de 377 individuos (287 de escuelas públicas y 90 de escuelas privadas). Sin embargo, hubo una adhesión de 479 adolescentes al estudio (un 27,1% más que lo esperado), alcanzando la proporción mínima estimada para cada estrato.

En la Fase II, 15 adolescentes participaron, seleccionados de manera intencional, ya investigados en la primera fase y clasificados como casos de PEC, con el fin de explorar los resultados cuantitativos de la Fase I. Se encerró el reclutamiento de participantes debido al alcance del Poder de Información⁽¹⁵⁾.

Recolección y análisis de datos cuantitativos

Antes de la recolección de datos, se invitó a los adolescentes a participar del estudio a través de mensajes en grupos de aplicaciones de mensajería instantánea administrados por las escuelas y/o por correos electrónicos

enviados a los padres o tutores. La invitación, enviada por la gestión de la escuela, tenía informaciones y aclaraciones acerca de la investigación y el enlace de acceso al formulario electrónico para la recolección de datos cuantitativa. Este contempló los datos de identificación de los participantes, tales como: edad, sexo (masculino y femenino) y red educativa (pública y privada); y el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Por), sin suplemento de impacto.

El SDQ-Por es un instrumento utilizado para rastrear problemas de salud mental, dirigido al público infantojuvenil, para evaluar los PEC. Está traducido y validado en más de 60 idiomas, incluso en portugués brasileño, y se puede acceder fácilmente *en línea*. Se basa en indicadores emocionales y de comportamiento que se dividen en cinco subescalas: cuatro de dificultades (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad-falta de atención y problemas de relación entre pares) y una de puntos fuertes (comportamiento prosocial)⁽¹⁶⁾.

La herramienta es formada por 25 ítems, cinco acerca de capacidades y 20 acerca de dificultades. Cada ítem se puntúa en una escala con tres opciones de respuesta (falso, más o menos verdadero y verdadero). Los ítems negativos se puntúan con: 0 = falso, 1 = más o menos verdadero y 2 = verdadero; y los ítems positivos: 2 = falso, 1 = más o menos verdadero y 0 = verdadero. Para una mejor aclaración, establecemos la clasificación de los síntomas en: 0 = normal, 1 = límite y 2 = anormal⁽¹⁶⁾.

Para cada una de las cinco subescalas, la puntuación puede oscilar entre 0 y 10, y la puntuación total de dificultades se genera por la suma de los resultados de todas las subescalas, salvo la de sociabilidad, que puede oscilar entre 0 y 40 puntos, ya que la escala de comportamiento prosocial no se incluye en esta puntuación, porque es un punto fuerte. También se establece la clasificación en normal, límite y anormal para cada subescala y la puntuación total de dificultades para posterior definición de casos y no casos de problemas de salud mental⁽¹⁶⁾.

Se considera que al menos un 80% de los adolescentes en la comunidad sean normales, un 10% límites y un 10% anormales en las subescalas de dificultades. Se siguió la orientación para interpretar la puntuación de los síntomas de la escala para definir los casos de problemas de salud mental. Así, en este estudio, se consideraron los casos de adolescentes identificados por puntuación alta o límite, una vez que la proporción de clasificados como "anormal" y "límite" fue superior al 10%. Sin embargo, como para los puntos fuertes la clasificación "límite" fue inferior al 10% y "anormal" fue del 10%, se consideraron como no casos⁽¹⁶⁾ los adolescentes clasificados como límites y anormales.

Las respuestas de los adolescentes, a través del formulario electrónico de la Fase I, resultaron en una hoja de cálculo en Microsoft Excel®. Enseguida, se realizó el tratamiento de los datos antes del análisis. Luego, se calcularon las prevalencias de las clasificaciones normal, límite y anormal para cada ítem del SDQ-Por y de los casos de PEC. También se calcularon las razones de probabilidades brutas (OR_b), a través de la regresión logística simple, de cada dominio SDQ-Por en relación con los sexos. El alfa de Cronbach del SDQ-Por fue de $\alpha=0,77$. Todos los análisis estadísticos se realizaron en el programa STATA 16.0® y con nivel de significación del 5%.

Recolección y análisis de datos cualitativos

Tras la Fase I de la investigación, se seleccionaron 24 adolescentes clasificados con PEC para los grupos focales (GF) en la Fase II. Al principio se establecieron cuatro GF con seis adolescentes cada uno, que confirmaron la participación. Sin embargo, algunos adolescentes no asistieron a la reunión virtual en la fecha y horario programados, lo que resultó en: cinco participantes en el 1º GF, dos participantes en el 2º y 3º GF, y cuatro participantes en el 4º GF. Así, con el fin de alcanzar el Poder de Información, se estableció el 5º GF, con un incremento de seis invitados; sin embargo, solamente dos asistieron.

Tras el 5º GF, se alcanzó el Poder de Información y, luego, se cerró el reclutamiento con 15 participantes. Se resalta que el Poder de Información es un modelo pragmático para auxiliar la definición de límites de participantes en estudios cualitativos, y, para eso, considera algunas dimensiones, a saber: objetivo de estudio, especificidad de la muestra, teoría, calidad del diálogo y estrategia de análisis⁽¹⁵⁾.

Se realizó una reunión con cada grupo en una aplicación de mensajería instantánea, con duración media de una hora y media. Las reuniones en GF tenían el objetivo de recolectar informaciones a través de la discusión participativa entre los investigados, reunidos en el mismo espacio virtual⁽¹⁷⁾. Para conducir el GF, se elaboró un guion con preguntas orientadoras basadas en los resultados de la Fase I. Se inició con los siguientes desencadenantes: "¿Cómo te estás sintiendo durante la pandemia de COVID-19? ¿Hay algún sentimiento o comportamiento que no tenías antes y surgió durante la pandemia de COVID-19?". Se hizo el guion de lo general a lo específico, teniendo en cuenta los resultados cuantitativos, con el fin de explorarlos cualitativamente.

Las reuniones en GF se moderaron por una enfermera investigadora con experiencia previa en este tipo de recolección de datos, que buscó incitar la participación de todos y el punto de vista de cada uno y del grupo. Además,

estuvo presente una estudiante de enfermería como relatora, con la función de grabar y registrar la sesión, con capacitación previa. Los momentos clave establecidos en el GF fueron: apertura de la sesión, presentación de los participantes, explicación de la dinámica de discusión participativa, establecimiento del *setting*, debate, síntesis y cierre de la sesión⁽¹⁷⁾.

Se transcribieron completamente todas las hablas de los GF, ordenadas por códigos y sometidas al análisis del contenido de Bardin⁽¹⁸⁾. Se presentaron las citas de los participantes con nombres ficticios (elegidos por los propios adolescentes), la edad y la puntuación obtenida en el SDQ-Por.

Combinación de los datos cuantitativos y cualitativos

Tras la recolección y el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, en etapas claras y separadas, la combinación se realizó mediante la conexión y la evaluación conjunta de los resultados cuantitativos y cualitativos interpretados. Para presentar la conexión de los datos se utilizó la técnica *joint display*, que significa "visualizaciones conjuntas" usadas para integrar datos cuantitativos y cualitativos durante la recolección, análisis e interpretación de datos⁽¹⁹⁾. La Figura 2 representa la síntesis de las características metodológicas propuestas para el estudio.

Características	Fase I – CUAN*	Fase II – cual†
Diseño del estudio	Estudio cuantitativo observacional transversal	Estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo
Local de estudio	21 escuelas públicas y cuatro escuelas privadas de Cuiabá, MT, Brasil, que contemplan la enseñanza secundaria	
Participantes	479 adolescentes	15 adolescentes
Recolección de datos	Respuesta al formulario electrónico: 1) Datos de identificación 2) SDQ-Por‡	Reuniones virtuales por Grupo Focal
Análisis de datos	Estadística descriptiva Regresión logística simple	Análisis de contenido de Bardin
Software de análisis	STATA 16.0®	ATLAS-ti 8®
Integración de datos	Conexión de datos CUAN* y cual† - técnica <i>joint display</i>	

*CUAN = Cuantitativo de mayor peso; †cual = Cualitativo de menor peso; ‡SDQ-Por = Cuestionario de Capacidades y Dificultades

Figura 2 – Síntesis de las características metodológicas del estudio. Cuiabá, MT, Brasil, 2022

Aspectos éticos

Este estudio forma parte de una investigación matricial sometida a la evaluación del Comité de Ética en Investigación (CEI), según recomienda el Consejo Nacional de Salud (CNS), con dictamen favorable en 20 de abril de 2021 bajo el n. 4.661.013. Los padres y tutores de los participantes menores de 18 años autorizaron su participación mediante Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI) y el asentimiento de los participantes mediante Término de Asentimiento Libre e Informado (TALI).

Resultados

Participaron del estudio 479 adolescentes, con el 74,11% (n=355) del sexo femenino, el 25,89% (n=124) del sexo masculino y con media edad de los 16,03 años

(DP=1,01). Entre ellos, el 81% (n=388) eran estudiantes de escuelas públicas y el 19% (n=91) de escuelas privadas.

La Tabla 1 presenta la prevalencia de los síntomas emocionales y de comportamiento en adolescentes, conforme los ítems del SDQ-Por.

La prevalencia de los PEC fue del 61,17% entre los adolescentes investigados y hubo una diferencia en relación con los sexos ($OR_b=2,93$; $p<0,01$), conforme informado en la Tabla 2. Las mayores prevalencias se relacionaron con los problemas de relación entre pares (54,49%) y con los síntomas emocionales (52,40%). Solo el 10,23% de los adolescentes presentaron ausencia de comportamiento prosocial.

Entre los dominios analizados, solo hubo diferencia entre los sexos en los casos de síntomas emocionales ($OR_b=4,39$; $p<0,01$) y de hiperactividad ($OR_b=2,26$; $p<0,01$).

Tabla 1 – Prevalencia de los síntomas emocionales y de comportamiento en adolescentes (n=479), conforme los ítems del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Por). Cuiabá, MT, Brasil, 2022

	Ítems del SDQ-Por*	n (%)
Síntomas emocionales	Muchas veces tengo dolor de cabeza, dolor de estómago o náusea	
	Normal	207 (43,22%)
	Limítrofe	120 (25,05%)
	Anormal	152 (31,73%)
	Tengo muchas preocupaciones, muchas veces parezco preocupado por todo	
	Normal	62 (12,94%)
	Limítrofe	135 (28,18%)
	Anormal	282 (58,87%)
	A menudo estoy molesto, desanimado o lloroso	
	Normal	167 (34,86%)
	Limítrofe	123 (25,68%)
	Anormal	189 (39,46%)
	Me vuelvo nervioso cuando tengo que hacer algo diferente, pierdo fácilmente la confianza en mí mismo	
	Normal	92 (19,21%)
	Limítrofe	125 (26,10%)
Anormal	262 (54,70%)	
Siento mucho miedo, me asusto fácilmente		
Normal	211 (44,05%)	
Limítrofe	137 (28,60%)	
Anormal	131 (27,35%)	
Problemas de conducta	Me enoja mucho y generalmente pierdo la paciencia	
	Normal	91 (19,00%)
	Limítrofe	169 (35,28%)
	Anormal	219 (45,72%)
	Generalmente soy obediente y normalmente hago lo que me piden los adultos	
	Normal	237 (49,48%)
	Limítrofe	205 (42,80%)
	Anormal	37 (7,72%)
	Peleo mucho. Consigo que la gente haga lo que yo quiero	
	Normal	287 (59,92%)
	Limítrofe	137 (28,60%)
	Anormal	55 (11,48%)
	Generalmente me acusan de mentir o de hacer trampas	
	Normal	335 (69,94%)
	Limítrofe	70 (14,61%)
Anormal	74 (15,45%)	
Tomo cosas que no son mías, de casa, de la escuela o de otros lugares		
Normal	445 (92,90%)	
Limítrofe	25 (5,22%)	
Anormal	9 (1,88%)	

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

	Ítems del SDQ-Por*	n (%)
Hiperactividad	No consigo quedarme sentado cuando tengo que hacer mi tarea o comer; me muevo mucho, topando con las cosas, derribando cosas	
	Normal	240 (50,10%)
	Limitrofe	144 (30,06%)
	Anormal	95 (19,83%)
	Estoy siempre inquieto, balanceando las piernas o moviendo las manos	
	Normal	129 (26,93%)
	Limitrofe	105 (21,92%)
	Anormal	245 (51,15%)
	Pierdo fácilmente la concentración	
	Normal	79 (16,49%)
	Limitrofe	151 (31,52%)
	Anormal	249 (51,98%)
	Pienso antes de hacer algo	
	Normal	214 (44,68%)
	Limitrofe	209 (43,63%)
	Anormal	56 (11,69%)
	Consigo finalizar las actividades que empiezo. Consigo poner atención	
	Normal	125 (26,10%)
Limitrofe	236 (49,27%)	
Anormal	118 (24,63%)	
Problemas de relación entre pares	Estoy casi siempre solo. Generalmente juego solo o me quedo solo	
	Normal	137 (28,60%)
	Limitrofe	126 (26,30%)
	Anormal	216 (45,09%)
	Tengo al menos un buen amigo o amiga	
	Normal	331 (69,10%)
	Limitrofe	73 (15,24%)
	Anormal	75 (15,66%)
	En general, les caigo bien a otros jóvenes	
	Normal	181 (37,79%)
	Limitrofe	214 (44,68%)
	Anormal	84 (17,54%)
	Otros jóvenes me molestan, no me dejan en paz	
	Normal	335 (69,94%)
	Limitrofe	93 (19,42%)
	Anormal	51 (10,65%)
	Me relaciono mejor con adultos que con personas de mi edad	
	Normal	159 (33,19%)
Limitrofe	156 (32,57%)	
Anormal	164 (32,24%)	

(continúa en la página siguiente...)

(continuacion...)

Ítems del SDQ-Por*		n (%)
Comportamiento prosocial	Intento ser majo con otras personas. Me preocupo con los sentimientos de los demás	
	Normal	359 (74,95%)
	Limítrofe	95 (19,83%)
	Anormal	25 (5,22%)
	No tengo problemas en dividir, prestar mis cosas (comida, juegos, bolígrafos)	
	Normal	198 (41,34%)
	Limítrofe	177 (36,95%)
	Anormal	104 (21,71%)
	Intento ayudar si alguien parece lastimado, afligido o sintiéndose mal	
	Normal	354 (73,90%)
	Limítrofe	101 (21,09%)
	Anormal	24 (5,01%)
	Soy majo con niños pequeños	
	Normal	298 (62,21%)
	Limítrofe	139 (29,02%)
	Anormal	42 (8,77%)
A menudo me ofrezco a ayudar otras personas (padres, profesores, niños)		
Normal	240 (50,10%)	
Limítrofe	165 (34,45%)	
Anormal	74 (15,45%)	

*SDQ-Por = Cuestionario de Capacidades y Dificultades

Tabla 2 – Prevalencia y razones de probabilidades brutas (OR_b) de problemas emocionales y de comportamiento entre adolescentes ($n=479$), de acuerdo con las dificultades totales y sus cuatro subescalas y una de puntos fuertes (comportamiento prosocial), general y por sexo. Cuiabá, MT, Brasil, 2022

Dominios del SDQ-Por*	General n (%)	Sexo		Regresión Logística	
		Masculino n (%)	Femenino n (%)	OR_b †(IC _{95%} ‡)	p-valor
Dificultades totales					
No	186 (38,83%)	72 (58,06%)	114 (32,11%)	1	
Sí	293 (61,17%)	52 (41,94%)	241 (67,89%)	2,93 (1,92; 4,46)	<0,01
Síntomas emocionales					
No	228 (47,60%)	91 (73,39%)	137 (38,59%)	1	
Sí	251 (52,40%)	33 (26,61%)	218 (61,41%)	4,39 (2,79; 6,89)	<0,01
Problemas de conducta					
No	305 (63,67%)	88 (70,97%)	217 (61,13%)	1	
Sí	174 (36,33%)	36 (29,03%)	138 (38,87%)	1,55 (1,00; 2,42)	0,05
Hiperactividad					
No	268 (55,95%)	87 (70,16%)	181 (50,99%)	1	
Sí	211 (44,05%)	37 (29,84%)	174 (49,01%)	2,26 (1,46; 3,50)	<0,01
Problemas de relación entre pares					
No	218 (45,51%)	65 (52,42%)	153 (43,10%)	1	
Sí	261 (54,49%)	59 (47,58%)	202 (56,90%)	1,45 (0,96; 2,19)	0,07
Comportamiento prosocial					
Sí	430 (89,77%)	108 (87,10%)	322 (90,70%)	1	
No	49 (10,23%)	16 (12,90%)	33 (9,30%)	0,69 (0,36; 1,31)	0,26

*SDQ-Por = Cuestionario de Capacidades y Dificultades; † OR_b = Odds Ratio Bruto; ‡IC = Intervalo de Confianza

A seguir se presentan de los datos combinados (CUAN-cual) conforme las cuatro subescalas de dificultades (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas de relación entre pares) y una de puntos fuertes (comportamiento prosocial).

Síntomas emocionales

Entre los participantes, el 52,40% (n=251) presentaron síntomas emocionales, y de este dominio prevalecieron los ítems "tengo muchas preocupaciones" (n=282; 58,87%) y "me pongo nervioso cuando tengo que hacer algo diferente" (n=262; 54,70%). La razón de probabilidades de que las chicas tengan estos síntomas, en relación con la probabilidad de los chicos, fue del 4,39 veces ($p<0,01$). En la fase cualitativa, los adolescentes, sobre todo las chicas, relataron que el escenario pandémico despertó varios sentimientos, como ansiedad, tristeza, impotencia, entre otros. Para ellos, el cierre de las escuelas, las restricciones sociales y las preocupaciones con el futuro impactaron de manera considerable sus rutinas y proyectos de vida, lo que resultó en un mayor sufrimiento emocional: [...] *Desde el inicio de la pandemia me sentí solo, hmm, deprimido, ansiedad, y me comparaba, por eso mencioné las redes sociales, porque fue ahí que todo empezó y empecé a compararme* [...] (Apolo, 17, SDQ-Por 16). [...] *cuando me vi impotente, y no, de hecho no tener lo que hacer, ¿sabes? Aquello me destruyó* (Pedro, 18, SDQ-Por 24). *Yo soy muy, sobre todo porque tengo ansiedad, ¿sabes? Soy muy ansiosa y eso empeoró a causa de la pandemia.* [...] *empiezo a llorar, me pongo mal, triste. Eso es terrible* (Mary, 17, SDQ-Por 20).

Problemas de conducta

Entre los adolescentes, se clasificaron el 36,33% (n=174) con problemas de conducta y prevalecieron los siguientes síntomas "Me enoja mucho y generalmente pierdo la paciencia" (45,72%; n=219) y "Generalmente me acusan de mentir o de hacer trampas" (15,45%; n=74). Cualitativamente, los relatos de impulsividad, agresividad y dificultad de socialización estaban evidentes y se agregaron a los resultados cuantitativos: [...] *después de la pandemia, ya no charlo con todos mis amigos, gasto más tiempo en el teléfono celular, y es difícil, ya sabes, porque cuanto más tiempo gasto en el teléfono celular, más me alejo de los demás* (Antônio, 15, SDQ-Por 23). *Es que no soy de socializar, charlar con los demás, prefiero quedarme con el teléfono celular.* [...] (Jaqueline, 16, SDQ-Por 19). *Soy muy grosera, no consigo hablar directamente con la persona cuando estoy enojada de ella, mi expresión cambia, cuando me enoja de alguien, mi expresión cambia, pero, a la vez, se pasa.* [...] (Júlia, 15, SDQ-Por 25).

Hiperactividad

Se verificó que el 44,05% (n=211) de los adolescentes se clasificaron como hiperactivos, y prevalecieron los ítems "pierdo fácilmente la concentración" (n=249; 51,98%) y "estoy siempre inquieto" (n=245; 51,15%). En la fase cualitativa, los adolescentes revelaron la falta de atención durante las comidas, así como durante las clases escolares *en línea*, sobre todo debido al uso de los teléfonos inteligentes. Se considera el teléfono inteligente como una distracción que dificulta la atención de los adolescentes durante el desarrollo de otras actividades de la vida y está perjudicando su capacidad de aprendizaje: *Solo consigo comer si estoy viendo algo, por ejemplo, no consigo solo sentarme y, bueno, solo comer* [...] (Pedro, 18, SDQ-Por 24). *Estoy con mucha dificultad para estudiar porque no consigo concentrarme* (Pedro, 18, SDQ-Por 24). [...] *No consigo sentarme y estudiar, hacer este tipo de cosas, porque hay mucho que hacer y, al fin, no consigo poner atención, me distraigo con otras cosas, con mensajes, porque no puedo estudiar si no estoy conectada en internet* (Liana, 17, SDQ-Por 19).

Además, también se identificó en la fase cuantitativa que la razón de probabilidades de que las chicas presenten hiperactividad, en relación con los chicos, fue del 2,26 veces ($p<0,01$), tanto que ellas relataron tener síntomas físicos de inquietud, agitación y ansiedad en la fase cualitativa: *Estos tics iguales, ella dijo, de temblar la pierna y la mano de nervioso, morderse las uñas* (Mary, 17, SDQ-Por 20). *A veces, cuando tengo una crisis de estas en un día, tengo dolor de cabeza en el otro, a veces, y también temblores como aquellos tics de mover las piernas, la mano, el brazo, ¿sabes? A veces tengo estos tics* (Jaqueline, 16, SDQ-Por 19).

Problemas de relación entre pares

Se identificaron los problemas de relación entre pares en el 54,49% (n=261) de los adolescentes, marcados principalmente en la fase cuantitativa por los ítems "Estoy casi siempre solo. Generalmente juego solo o me quedo solo" (n=216; 45,09%) y "Me relaciono mejor con adultos que con personas de mi edad" (n=164; 32,24%). Los resultados cualitativos respaldan que estos problemas aumentaron con la pandemia de COVID-19, una vez que resultó en un mayor alejamiento de amigos y, consiguientemente, en un mayor sufrimiento emocional: *Mis amistades cambiaron totalmente tras la pandemia* [...] (Apolo, 17, SDQ-Por 16). [...] *Me alejé prácticamente de todos, porque lo que mantenía nuestra amistad era la escuela* (Luiza, 16, SDQ-Por 23). [...] *Ah, ¡cómo extraño [estas amistades]! Las extraño, las extraño mucho, hay personas muy importantes para mí, ¿sabes?* [...] (Isis, 15, SDQ-Por 17).

Comportamiento prosocial

Se identificó el comportamiento prosocial en el 89,77% (n=430) de los adolescentes. Los ítems "Intento ser majo con otras personas. Me preocupó con los sentimientos de los demás" (74,95%; n=359) y "Intento ayudar si alguien parece lastimado, afligido o sintiéndose mal" (73,90%; n=354) demostraron la alta prevalencia de estas actitudes que tienen los adolescentes en la fase cuantitativa. Además, la fase cualitativa enalteció la atención que los adolescentes tienen con familiares y amigos y su implicación en problemas sociales, que se intensificaron

durante la pandemia: *En [nombre de la institución educativa], siempre participé en movimientos sociales, en proyectos y quería estar por delante de aquello, de algo, ¿sabes? Para cambiar [...] Compramos canastas básicas para los estudiantes, porque estaban en una situación difícil, de vulnerabilidad. También ayudamos con el problema del acceso a internet, para que llegara a muchos estudiantes (Pedro, 18, SDQ-Por 24). Ah, ayudé a todos mis amigos que se pusieron deprimidos y tal [...] también apoyo varias causas, empecé a hablar de ellas a las personas, enseñar a otras personas (Apolo, 17, SDQ-Por 16).*

La Tabla 3 presenta la conexión de los datos cuantitativos y cualitativos mediante la técnica *joint display*.

Tabla 3 – Visualización conjunta de los problemas emocionales y de comportamiento entre adolescentes (n=479). Cuiabá, MT, Brasil, 2022

Dominio/Tema	Resultados cuantitativos	Resultados cualitativos	Análisis integrado
Síntomas emocionales	251 (52,40%)	Soledad: "Desde el inicio de la pandemia me sentí solo" Ansiedad: "soy muy ansiosa y eso empeoró a causa de la pandemia" Tristeza: "empiezo a llorar, me pongo mal, triste" Sentirse impotente: "me vi impotente" Sentirse reprimido: "Prefiero no contar nada a nadie que compartir con las personas"	Se clasificó la mayoría de los adolescentes con síntomas emocionales, que se intensificaron durante la pandemia, sobre todo entre las chicas.
Problemas de conducta	174 (36,33%)	Impulsividad y agresividad: "no puedo controlarme durante una pelea"; "soy muy grosera" Enojo: "me enoja de alguien" Dificultad de socialización: "no soy de socializar"; "evito hablar con la gente"	Una gran parte de los adolescentes presentó problemas de conducta. El contexto pandémico generó más impulsividad, agresividad y sentimientos de enojo, además de dificultar la socialización entre ellos.
Hiperactividad	211 (44,05%)	Agitación psicomotora: "temblar la pierna y la mano de nervioso, morderse las uñas"; "temblores como aquellos tics de mover las piernas, la mano" Falta de atención: "me distraigo..."; "no consigo solo sentarme y, bueno, solo comer"; "no consigo concentrarme" Dificultad de aprender cosas nuevas: "Estoy con mucha dificultad para estudiar"	La prevalencia del síntoma de hiperactividad fue alta entre los adolescentes, y la pandemia de COVID-19 influyó su intensificación, sobre todo a causa de la enseñanza remota de emergencia que se adoptó en este período. Estos síntomas afectaron más a las chicas.
Problemas de relación entre pares	261 (54,49%)	Alejamiento de amigos: "me alejé"; "me alejé de muchos amigos"; "tuve muchos amigos que se alejaron" Renovación de amistades: "Mis amistades cambiaron"	La mayoría de los adolescentes presentó problemas de relación. La pandemia impactó estas relaciones y síntomas, generando sufrimiento emocional en los adolescentes.
Comportamiento prosocial	430 (89,77%)	Participación en movimientos sociales: "siempre participé en movimientos sociales" Colaboración familiar: "ayudo a mi madre a cuidar de mi hermana" Ayuda socioeconómica: "Compramos canastas básicas"; "también ayudamos con el problema del acceso a internet, para que llegara a muchos estudiantes" Apoyo emocional: "ayudé a todos mis amigos" Compartir conocimiento: "enseñar a otras personas"	Casi todos los adolescentes presentaron comportamiento prosocial. Con la pandemia, los adolescentes empezaron a valorar aún más las acciones para beneficiar a otras personas.

Discusión

Este estudio identificó cuantitativamente que la mayoría de los adolescentes investigados se clasificó con PEC, y que la razón de probabilidades de que las chicas tengan estos síntomas fue del 2,93 ($p < 0,01$) en relación con los chicos. Entre los PEC, predominaron los problemas de relación entre pares y los síntomas emocionales. Además, entre los dominios analizados, hubo

una diferencia entre los sexos solo en los casos de síntomas emocionales y de hiperactividad, y las chicas fueron las más afectadas. Los resultados cualitativos refuerzan los cuantitativos y resaltan que la situación de la pandemia de COVID-19 influyó el desarrollo y la intensificación de los PEC, conforme los relatos de los adolescentes.

Igual a esta investigación, hubo otra que se desarrolló en Alemania durante el período pandémico⁽²⁰⁾. El estudio alemán buscó investigar la percepción de los niños y jóvenes

acerca del aumento de estrés psicológico, y comprobó que un 19% de los investigados afirmaron sentirse psicológicamente peor debido a la pandemia⁽²⁰⁾. Así, se puede concluir que la pandemia de COVID-19 impactó negativamente la salud mental de los adolescentes, sobre todo debido a la cuarentena doméstica. Una investigación que se desarrolló con niños y adolescentes en India, comprobó una mayor prevalencia de PEC entre los que estaban en cuarentena doméstica en comparación con los que no lo estaban⁽²¹⁾. Sin embargo, se resalta que esa medida fue muy necesaria para el control de la transmisión de la enfermedad.

La mayoría de los adolescentes presentó síntomas emocionales, sobre todo las chicas, conforme se presentó en los resultados cuantitativos. La fase cualitativa resalta que las adolescentes notaron cambios emocionales importantes en el período pandémico. De la misma forma, estudios que se desarrollaron en China, Australia y Reino Unido también comprobaron que los síntomas emocionales negativos afectan más a las chicas que a los chicos⁽²²⁻²⁴⁾. Entre ellas, el aumento de los síntomas depresivos durante la pandemia se asociaron al aumento del uso pasivo de redes sociales y de la reducción de la conexión con familiares por teléfono o red social, lo que dificulta la confianza de los adolescentes en sus redes de apoyo emocional en momentos de estrés^(23,25).

Además, se identificó que los chicos practican niveles más altos de actividad física vigorosa en comparación con las chicas, lo que puede conferir protección contra resultados negativos de salud mental⁽²⁶⁾. El estudio de metaanálisis constató que hubo un aumento de prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad entre los jóvenes (edad media de 13 años), cuando comparado el período prepandémico con el pandémico. En el escenario actual, uno de cada cuatro jóvenes presenta síntomas de depresión clínicamente elevados, y uno de cada cinco presenta síntomas de ansiedad clínicamente elevados⁽²⁷⁾.

Los resultados cuantitativos de este estudio mostraron que los adolescentes, sobre todo las chicas, presentaron hiperactividad en el período pandémico. De la misma forma, el estudio que se realizó en Reino Unido también utilizó el SDQ para evaluar la salud mental de los adolescentes antes y durante la pandemia de COVID-19, y los investigadores identificaron que los adolescentes que tenían una salud mental superior a la media antes de la pandemia experimentaron un aumento notable de hiperactividad⁽²⁴⁾. La preocupación con las personas que contraen COVID-19, los cambios en las rutinas diarias y escolares y la falta de contacto personal con amigos se encuentran entre los aspectos principales que contribuyen al desarrollo de problemas de salud mental entre los jóvenes, sobre todo en relación con las chicas⁽²⁵⁾.

Conforme los resultados cualitativos, ante el aislamiento físico y el cierre de las escuelas, hubo una

dificultad en cuanto a la concentración en una actividad específica y en el mantenimiento de la serenidad de los adolescentes. También se notaron estos efectos en el estudio realizado con padres y tutores de niños y adolescentes en Italia, en el que el 85,7% de ellos notaron cambios en la conducta de los hijos durante la cuarentena, y los síntomas más comunes fueron la dificultad de concentración (76,6%), el aburrimiento (52%), la irritabilidad (39%) y la inquietud (38,8%)⁽²⁸⁾.

Además, los resultados de este estudio apuntan que la mayoría de los adolescentes manifestó problemas de relación entre pares, sobre todo debido al alejamiento físico, alejamiento de amigos, pérdida de la convivencia escolar e intensificación del contacto familiar. Estos resultados son similares a los resultados obtenidos en una investigación realizada en Reino Unido, en la que la mayoría de los participantes relató una baja en el bienestar porque se sintieron solos y aislados, sobre todo en el inicio de la pandemia. Para los adolescentes, no poder ver a amigos o familiares y la pérdida de momentos importantes de la vida se volvieron una fuente de tristeza y frustración, lo que implicó directamente en sus relaciones⁽²⁹⁾.

En relación con el contexto familiar, similar a los resultados obtenidos con adolescentes en esta investigación, un estudio realizado con jóvenes adultos brasileños identificó que el 80% de los entrevistados relataron algún tipo de estrés familiar con el aumento de la convivencia durante la pandemia. Entre ellos, se resalta que los que afirmaron estar viviendo situaciones de estrés familiar son mayoría entre los que están conviviendo con una mayor cantidad de personas en su residencia⁽³⁰⁾, lo que es una realidad común para muchas familias brasileñas.

Estudios realizados en otros países, como España, Indonesia y Bangladés, también detectaron un aumento de problemas de conducta durante la pandemia. Además, se nota una asociación directa de este aumento con conflictos en las relaciones con familiares, disfunción parental, rotura en la rutina y tiempo excesivo en las pantallas⁽³¹⁻³³⁾. Los resultados cualitativos identificados en esta investigación refuerzan el aumento de la impulsividad, agresividad y dificultad de socialización durante la pandemia de COVID-19.

Otros investigadores^(24,34) también describieron la alta prevalencia del comportamiento prosocial evidenciada en este estudio. La prosocialidad es fundamental para la formación y el mantenimiento de vínculos entre las personas que viven en sociedades. El comportamiento altruista se asocia a la reducción de la agresividad, una mejor salud física y mental, longevidad y un mejor bienestar. Sin embargo, el entorno y las circunstancias vividas^(24,34) influyen en la decisión de actuar de manera prosocial.

En este sentido, la pandemia de COVID-19 parece haber interferido de manera positiva en el comportamiento

prosocial de los adolescentes, a través de la atención con familiares y amigos y de la implicación con problemas sociales que se intensificaron durante la pandemia⁽³⁵⁾, así como se identificó en la fase cualitativa de este estudio.

Para reforzar los resultados de este estudio, los resultados de una investigación holandesa también mostraron que, durante las tres primeras semanas de bloqueo pandémico, los jóvenes que tenían entre 10 y 20 años presentaron mayores niveles de toma de perspectiva y vigor sociocognitivo en comparación con el período anterior al bloqueo. Además, se notó niveles estables de contribuciones generales a la sociedad, orientación de valor social, altruismo y prosocialidad⁽³⁶⁾ extrema.

Los resultados de este estudio apuntan la necesidad de implementar acciones para promover y recuperar la salud mental de los adolescentes clasificados con PEC, para mitigar los impactos socioemocionales de la pandemia en esta población. Así, la atención a la salud socioemocional de los adolescentes debe ser responsabilidad tanto de los padres y tutores, como de los profesionales de salud, educación y del Estado, y proveer diversos medios para el apoyo psicológico y para superar las dificultades enfrentadas en este período⁽²²⁾.

Por lo tanto, el rastreo de los PEC es esencial durante los cuidados de enfermería al realizar el triaje de salud mental para evaluar los factores predisponentes (por ejemplo, el temperamento, la adaptación, el funcionamiento escolar, las interacciones entre pares, los determinantes psicosociales) y factores de bienestar mental (a través de los indicadores emocionales y de comportamiento)⁽³⁷⁾, pues el reconocimiento oportuno de los PEC permite intervenciones apropiadas para restaurar el mejor estado de salud mental⁽³⁸⁾.

Se nota la importancia de que el enfermero trabaje en asociación con el adolescente para promover su salud mental y prevenir los PEC a través de un plan terapéutico individual durante las consultas de enfermería, acciones de salud colectiva, apoyo familiar y amparo en los entornos a los que el adolescente frecuenta, como la escuela. En este sentido, promover habilidades socioemocionales, como la autoestima, la toma de decisiones responsables y la comunicación expresiva de las emociones, se vuelve esencial para lograr una mejor salud mental⁽³⁹⁾.

En esta colaboración entre enfermeros y adolescentes, es importante conocer la historia de salud y los posibles factores protectores que reducen la probabilidad de desarrollar PEC y que pueden movilizarse en el proceso de atención de enfermería. Se encuentran entre estos factores: intimidad/cercanía familiar, relación positiva con los padres, desarrollo de habilidades interpersonales efectivas con las parejas, el sentimiento de pertenencia, el buen rendimiento escolar y el desarrollo de expectativas futuras⁽⁴⁰⁾.

Así, la enfermería debe buscar orientar los adolescentes para que se vuelvan emocionalmente capaces de adoptar comportamientos cada vez más sanos. La capacitación no es solo informar, sino también intervenir para promover el desarrollo de los adolescentes para que puedan evaluar de manera realista las consecuencias de sus acciones y puedan optar por comportamientos más adaptativos y promotores de salud⁽³⁹⁾.

Al fin, en cuanto a las limitaciones de esta investigación, se resalta que el uso del diseño de estudio transversal en la Fase I no implica causalidad y que el cuestionario de autoinforme que se utilizó es susceptible al sesgo de deseabilidad social. Entonces, incluir otras fuentes de información en estudios futuros puede ayudar a disminuir estas limitaciones. También se resalta que hubo muchas negativas por parte de las escuelas, justificadas por la alta demanda generada por la enseñanza remota de emergencia a la gestión e a los profesores. Por lo tanto, se cree que fuera de este período atípico es posible obtener una mayor adhesión de las escuelas. Además, hubo cierta dificultad de adhesión por parte de los adolescentes en los GF en la Fase II de la investigación. En nuevos estudios posteriores, será posible verificar otras probabilidades de reclutamiento y técnicas de recolección de datos con el fin de mejorar la adhesión de los participantes.

Conclusión

Se concluye que la mayoría de los adolescentes presentó PEC, y el público femenino fue el más afectado. También se verificó que, entre los PEC, prevalecieron los síntomas emocionales y los problemas de relación entre pares.

La percepción de los adolescentes acerca de los PEC confirmó los resultados cuantitativos, una vez que fueron frecuentes los relatos de aumento de la soledad, ansiedad, tristeza, alejamiento de amigos, dificultades de socialización. Se evidenció que la pandemia de COVID-19 y el período de reclusión social tuvieron un impacto negativo en la salud mental de los adolescentes. Por otro lado, hubo un aumento de participación en movimientos sociales, en la colaboración familiar, en la ayuda socioeconómica e en el apoyo emocional a terceros, lo que demuestra que los adolescentes, a pesar de vivir muchos aspectos negativos durante la pandemia, también empezaron a valorar más las acciones en beneficio de los demás y a reconocerlas como fundamentales para el bienestar social.

Por lo tanto, se comprende la importancia de proponer y realizar acciones para promover y recuperar la salud socioemocional de los adolescentes, con el objetivo de reducir al mínimo posible los efectos nocivos de la pandemia en la salud mental de estos jóvenes, teniendo en cuenta la diferencia entre géneros.

Agradecimientos

Se agradece a la Secretaría de Educación del Estado de Mato Grosso y a todas las escuelas participantes por la autorización e el apoyo en esta investigación.

Referencias

1. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolescent Health*. 2018;2(3):223-8. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (BR). Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2021 Feb 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf
3. Gaete V. Adolescent psychosocial development. *Rev Chilena Pediatría*. 2015;86(6):436-43. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
4. Schacter HL, Margolin G. When it feels good to give: depressive symptoms, daily prosocial behavior, and adolescent mood. *Emotion*. 2019;19(5):923-7. <https://doi.org/10.1037/emo0000494>
5. Lima SO, Silva MA, Santos MLD, Moura AMM, Sales LGD, Menezes LHS, et al. Impactos no comportamento e na saúde mental de grupos vulneráveis em época de enfrentamento da infecção COVID-19: revisão narrativa. *Acervo Saúde*. 2020;(46):e4006. <https://doi.org/10.25248/reas.e4006.2020>
6. Liang T, editor. Handbook of COVID-19: prevention and treatment [Internet]. Paris: Zhejiang University School of Medicine; UNESCO; 2020 [cited 2022 May 04]. Available from: https://globalce.org/downloads/Handbook_of_COVID_19_Prevention_en_Mobile.pdf
7. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet*. 2020;395(10224):e37-e38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
8. Ahmed W, Angel N, Edson J, Bibby K, Bivins A, O'Brien JW, et al. First confirmed detection of SARS-CoV-2 in untreated wastewater in Australia: A proof of concept for the wastewater surveillance of COVID-19 in the community. *Sci Total Environ*. 2020;728:138764. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138764>
9. Kauffman JM. Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth. 6. ed. Upper Saddle River, NJ: Merrill; 2018.
10. Rodrigues JVS, Lins ACAA. Possible impacts caused by the COVID-19 pandemic on children's mental health and the role of parents in this scenario. *Res Society Develop*. 2020;9(8):e793986533. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6533>
11. Silveira A, Soccol KLS. Mental health of children and adolescents in times of social distancing due to COVID-19. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2020 [cited 2022 Apr 2];36:e3830. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3830>
12. Freitas BHBM, Costa AIL, Diogo PMJ, Gaíva MAM. Emotional labor in pediatric nursing considering the repercussions of covid-19 in childhood and adolescence. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200217. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200217>
13. Miliuskas CR, Faus DP. Mental health of teenagers in times of Covid-19: challenges and possibilities for coping. *Physis*. 2020;30(4):e300402. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300402>
14. Creswell J W. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. Thousand Oaks, CA: Sage, 2012.
15. Malterud K, Siersma VD, Guassora, AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*. 2016;26(13):1753-60. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
16. SDQ – Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires [Internet]. [s.l.]: Youthinmind; 2020 [cited 2021 Feb 06]. Available from: <https://www.sdqinfo.org/>
17. Kinalski DDF, Paula CC, Padoin SMM, Neves ET, Kleinubing RE, Cortes LF. Focus group on qualitative research: experience report. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):424-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>
18. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
19. McCrudden MT, Marchand G, Schutz PA. Joint displays for mixed research in psychology. *Methods Psychol*. 2021;5:2590-601. <https://doi.org/10.1016/j.metip.2021.100067>
20. Döpfner M, Adam J, Habel C, Schulte B, Schulze-Husmann K, Simons M, et al. The mental burden of children, adolescents, and their families during the COVID-19 pandemic and associations with emotional and behavioral problems. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021;64(12):1522-32. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03455-1>
21. Saurabh K, Ranjan S. Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic. *Indian J Pediatr*. 2020;87(7):532-6. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>
22. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese

- adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(6):749-58. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
23. Magson NR, Freeman JYA, Rapee RM, Richardson CE, Oar EL, Fardouly J. Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *J Youth Adolesc*. 2021;50(1):44-57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
24. Qu Y, Chen BB, Yang B, Zhu Y. The Role of Empathy in Chinese Adolescents' Preventive Health Behavior During COVID-19. *J Adolesc Health*. 2022;S1054-139X(21)00691-1. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.12.021>
25. Halldorsdottir T, Thorisdottir IE, Meyers CCA, Asgeirsdottir BB, Kristjansson AL, Valdimarsdottir HB, et al. Adolescent well-being amid the COVID-19 pandemic: Are girls struggling more than boys? *JCPP Adv*. 2021;1(2). <https://doi.org/10.1002/jcv2.12027>
26. Kang S, Sun Y, Zhang X, Sun F, Wang B, Zhu W. Is Physical Activity Associated with Mental Health among Chinese Adolescents during Isolation in COVID-19 Pandemic? *J Epidemiol Glob Health*. 2021;11(1):26-33. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.200908.001>
27. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2021;175(11):1142-50. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
28. Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Frontiers Psychol*. 2020;11:579038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
29. McKinlay AR, May T, Dawes J, Fancourt D, Burton A. 'You're just there, alone in your room with your thoughts': a qualitative study about the psychosocial impact of the COVID-19 pandemic among young people living in the UK. *BMJ Open*. 2022;12(2):e053676. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053676>
30. Bezerra ACV, Silva CEM, Soares FRG, Silva JAM. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciêns Saúde Colet*. 2020;25(supl 1):2411-21. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
31. Ezpeleta L, Navarro JB, de la Osa N, Trepate E, Penelo E. Life Conditions during COVID-19 Lockdown and Mental Health in Spanish Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):7327. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197327>
32. Wiguna T, Anindyajati G, Kaligis F, Ismail RI, Minayati K, Hanafi E, et al. Brief Research Report on Adolescent Mental Well-Being and School Closures During the COVID-19 Pandemic in Indonesia. *Front Psychiatr*. 2020;11:598756. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.598756>
33. Mallik CI, Radwan RB. Impact of lockdown due to COVID-19 pandemic in changes of prevalence of predictive psychiatric disorders among children and adolescents in Bangladesh. *Asian J Psychiatr*. 2021;56:102554. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102554>
34. Grazzani I, Agliati A, Cavioni V, Conte E, Gandellini S, Lupica Spagnolo M, et al. Adolescents' resilience during covid-19 pandemic and its mediating role in the association between sel skills and mental health. *Front Psychol*. 2022;13:801761. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.801761>
35. Masten AS, Motti-Stefanidi F. Multisystem Resilience for Children and Youth in Disaster: Reflections in the Context of COVID-19. *Adversity and Resilience Science*. 2020;1(2):95-106. <https://doi.org/10.1007/s42844-020-00010-w>
36. Van de Groep S, Zanolie K, Green KH, Sweijen SW, Crone EA. A daily diary study on adolescents' mood, empathy, and prosocial behavior during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2020;15(10):e0240349. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240349>
37. Beal JA. Impact of the Covid-19 Pandemic on Mental Health of Children, Adolescents, and Young Adults. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2021;46(4):237. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000726>
38. O'Shea ER, Phillips KE, O'Shea KN, Roney LN. Preparing for the Impact of COVID-19 on the Mental Health of Youth. *NASN School Nurse*. 2022;37(2):64-9. <https://doi.org/10.1177/1942602X211052626>
39. Pereira DG. A capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco: intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde [Master's thesis]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem em Lisboa; 2020 [cited 2022 May 04]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/37330>
40. Zappe JG, Alves CF, Dell'Aglio DD. Risk taking behavior in adolescence: systematic review of empirical studies. *Psicol Rev*. 2018;24(1):79-100. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n1p79-100>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Carolina Ferreira Peterle, Caroline Lima Fonseca, Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas, Maria Aparecida Munhos Gaíva, Paula Manuela Jorge Diogo, Juliano Bortolini. **Obtención de datos:** Carolina Ferreira Peterle, Caroline Lima Fonseca, Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas. **Análisis e interpretación de los datos:** Carolina Ferreira Peterle, Caroline Lima Fonseca, Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas, Maria Aparecida Munhos Gaíva, Paula Manuela Jorge Diogo, Juliano Bortolini. **Análisis estadístico:** Juliano Bortolini. **Redacción del manuscrito:** Carolina

Ferreira Peterle, Caroline Lima Fonseca, Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas, Maria Aparecida Munhos Gaíva, Paula Manuela Jorge Diogo, Juliano Bortolini. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas, Maria Aparecida Munhos Gaíva, Paula Manuela Jorge Diogo, Juliano Bortolini.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 04.05.2022
Aceptado: 16.07.2022

Editora Asociada:
Andrea Bernardes

Autor de correspondencia:
Carolina Ferreira Peterle
E-mail: carolsce18@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0003-3930-8080>

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.