

3. Depresión y suicidio en la población infanto-juvenil

DEPRESSION AND SUICIDE IN THE INFANT-JUVENILE POPULATION

Olaya Rodríguez Cosío

Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria en el Servicio Asturiano de Salud.

Miriam Pérez Sainero

Enfermera de Salud Mental en el programa de Adicciones del Principado de Asturias.

RESUMEN

En la actualidad, la depresión destaca como una de las enfermedades mentales más prevalentes. Un 5,6% de los jóvenes de entre 13 y 18 años presentan algún síntoma, lo que conduce a un mayor riesgo de ideas y actos suicidas. Este último constituye uno de los motivos más importantes a prevenir por la OMS.

Objetivo: Revisar la literatura existente acerca de la depresión infanto-juvenil.

Método: Revisión sistemática. Bases de datos: PubMed, ClinicalKey, Cuiden Plus; guías e informes: NICE, IACAPAP, OMS, INE, Ministerio de Sanidad, FSME y GPC.

Resultados: Uno de cada cinco niños padece una enfermedad mental. La prevalencia de la depresión varía entre 5,6%-7,1%, estos porcentajes aumentan con la edad y en el sexo femenino es 2-3 veces más frecuente. Existe una alta correlación entre depresión, bullying y suicidio.

Conclusión: La prevención e implicación multifactorial (red sanitaria, familia, centro escolar) es la base del tratamiento, siendo lo más eficaz para un buen pronóstico y control de síntomas.

Palabras clave: "Depresión", "Adolescente", "Suicidio", "Factor de riesgo" y "Enfermería".

ABSTRACT

Nowadays, depression is known as one of the most prevalent mental diseases. 5.6% of adolescents (teenagers) aged between 13 and 18 years old experience symptoms, leading to have a higher risk for suicidal thoughts and acts. According to the OMS, this is one of the most important reasons to prevent it.

Objective: Review the existing literature about child-youth depression.

Method: Systematic revision. Databases: PubMed, ClinicalKey, Cuiden Plus; guides and reports: NICE, IACAPAP, OMS, INE, Ministry of Health, FSME y GPC.

Results: One in five children suffers from a mental disease. The prevalence of depression varies between 5,6%-7,1%. These percentages increase with age and they are 2-3 times more common in women. There is a high correlation among depression, bullying and suicide.

Conclusion: Multifactorial prevention and involvement (healthcare network, family, school) is the mainstay of treatment, being the most efficient to get a good prognosis and symptom control.

Key words: "Depression", "Adolescent", "Suicide", "Risk factor" y "Nursing".

OBJETIVOS

General

- Revisar la literatura existente acerca de la depresión infanto-juvenil.

Específicos

- Describir síntomas, tratamiento y programas de prevención enfocados al niño y al adolescente con depresión.
- Fomentar la identificación temprana de los factores de riesgo desde la familia, colegio y Atención Primaria.
- Explorar la asociación entre depresión y suicidio en la población infanto-juvenil.
- Promover la puesta en marcha de estrategias de promoción y prevención en Salud Mental.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión sistemática de literatura. La búsqueda y evaluación de artículos se realizó entre los meses de octubre y diciembre de 2020. Para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda bibliográfica se utilizó la estrategia PICO:

- Definición del problema: Población infanto-juvenil con sintomatología compatible con depresión.
- Intervención: Identificación temprana de síntomas y seguimiento a corto-largo plazo por enfermería. Colaboración interdisciplinar entre familia, colegio y personal sanitario.
- Resultados: Detección y diagnóstico precoz como protección ante el suicidio.

Criterios de selección

Literatura existente sobre depresión adolescente publicada en los 5 años previos al inicio de esta revisión biblio-

gráfica, así como los hallazgos notables en el campo de la depresión juvenil en términos de predictores, moderadores y mediadores de efectos. Además de una revisión detallada de los criterios diagnósticos y tipos de tratamientos/intervenciones. Se consideraron únicamente artículos en inglés y castellano.

Obtención de datos y análisis

Para realizar esta revisión bibliográfica descriptiva, las autoras seleccionaron la bibliografía de forma independiente, realizando el análisis narrativo de los datos y actualizaciones existentes, incluyendo los documentos con la mejor evidencia actual. Se rechazaron los estudios que no cumplían los criterios o que contenían información insuficiente.

Resultados principales

En el alcance de esta revisión se han incluido un total de 36 artículos que cumplieron con los objetivos tanto principales como específicos del mismo, con el fin de conocer las últimas evidencias científicas y las recomendaciones vigentes en las *Guías de Práctica Clínica* (GPC) sobre depresión infanto-juvenil.

Para ello, se realizó una revisión sistemática en las siguientes fuentes bibliográficas: *Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed), ClinicalKey, Cuiden Plus, Lilacs y Tripdatabase.

Por último, se realizaron búsquedas manuales en las listas de referencias de guías e informes en las páginas: *International Association for Child and Adolescent Psychiatry and allied professions* (IACAPAP), *Organización Mundial de la Salud* (OMS), *Instituto Nacional de Estadística* (INE), *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), *Ministerio de Sanidad, consumo y Bienestar Social*, *Fundación Española para la Prevención del Suicidio* (fsme) y google académico.

Tras examinar en el Mesh (*Medical Subject Headings*), se emplearon los siguientes descriptores: Depression, Adolescent, Suicide, Risk factor y Nursing.

En PubMed, Tripdatabase y ClinicalKey se emplearon las siguientes ecuaciones de búsqueda:

- "Depression" AND "Adolescent".
- "Depression" AND "Adolescent" AND "Suicide".
- "Depression" AND "Adolescent" AND "Risk factor".
- "Depression" AND "Adolescent" AND "Nursing".

En Cuiden Plus, Lilacs y páginas web de referencia se emplearon los Mesh "Depression" y "Adolescent" y "Suicide" de forma independiente, así como una búsqueda manual.

DESARROLLO

Introducción

La *Salud Mental* (SM) es definida por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) como "un estado de completo bienestar mental, físico y social y no solamente la ausencia de en-

fermedad". La *Mental Health Europe* (MHE) en su informe para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de Trastornos, a raíz de la definición de la OMS, afirman que no existe una definición oficial de salud. Sin embargo, la gran mayoría de expertos coinciden en que la SM y su ausencia no son lo mismo. La ausencia de un trastorno mental reconocido no es necesariamente un indicador de SM.

De acuerdo con todo ello, la OMS en su Plan de Acción Integral de Salud Mental (2013-2020), concluye que "no hay salud sin salud mental" (1).

En la actualidad, la depresión es una de las enfermedades mentales más prevalentes en nuestra sociedad, siendo esta un indicador de salud y calidad de vida (2, 3). Además de ser la tercera causa de discapacidad, la depresión se asocia con un deterioro de las relaciones sociofamiliares, un menor nivel educativo, económico y un mayor riesgo de mortalidad temprana por suicidio (2).

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa de crecimiento y desarrollo donde el individuo forja su personalidad, y va adquiriendo la madurez emocional y social. La falta de gestión adecuada de las emociones, los sentimientos de necesidad de independencia y autodeterminación, la necesidad de pertenencia a grupo y el distanciamiento de la figura de autoridad, hacen de ellos un grupo especialmente vulnerable.

La depresión es uno de los problemas de SM más debilitantes que a menudo surgen por primera vez en la adolescencia. Hasta el 20% de los jóvenes experimentará un episodio depresivo antes de los 18 años. Estos trastornos tienden a tener un curso crónico y recurrente, con niveles de comorbilidad entre el 10 y el 50%.

La mayoría de los adultos con enfermedad depresiva, recuerdan su primer episodio durante la adolescencia. Existen estudios que sugieren que el primer episodio es típico durante la adolescencia temprana. Antes de esta etapa, las tasas de desarrollo de estos son sustancialmente más bajas. Con el inicio de la pubertad, la prevalencia del trastorno se duplica y persiste hasta el final de la edad adulta, lo que confiere un riesgo especialmente alto de recurrencia, cronicidad y desadaptación. (2, 4, 5).

Contexto histórico

La historia de la psiquiatría en España parte con el primer hospital psiquiátrico fundado en Valencia en el S.XV, por el Padre Jofré, que se llamó "*Hospital dels Folls e Innocents*".

Posteriormente, Philippe Pinel (S. XIX), considerado el padre de la psiquiatría moderna, expresa la necesidad de describir la enfermedad científicamente y reivindicar la integridad de estos pacientes hasta entonces marginados.

A nivel global, el papel de la enfermería psiquiátrica se comienza a desarrollar a principios de 1800 en el New England Hospital cuyo manifiesto principal es "*los pacientes que padecen una enfermedad mental, tienen el mismo derecho a una atención enfermera de calidad que los que sufren enfermedades somáticas*".

Hildegard Peplau, es considerada la madre de la enfermería psiquiátrica por su modelo "Interpersonal Relations in Nursing" donde fomenta la relación interpersonal enfermera-paciente como pilar de los cuidados enfermeros (6).

Políticas europeas

El informe Mental Health and Schools (2017), presenta los resultados, revisión y análisis realizados por 9 países europeos en el ámbito de la SM y el bienestar infanto-juvenil. También proporciona información acerca de la legislación y políticas vigentes en la ejecución de las estrategias de promoción y prevención (1).

Recomendaciones:

1. Fortalecer la información e investigación sobre SM y bienestar del adolescente.
2. Promover que los centros educativos sean un promotor de la salud y se impliquen en la prevención e identificación temprana de síntomas.
3. Mejorar la capacitación del personal educativo en SM.
4. Considerar a los centros educativos como parte de una red multidisciplinar e institucional.

Proyectos actuales implementados:

1. CAMHEE (*Salud Mental infantil y adolescente en la Unión Europea ampliada*).
2. SEYLE (*Saving and empowering Young Lives in Europe*).
3. SCMHE (*School children Mental Health Europe*).
4. SUPREME (*Prevención del Suicidio a través de Internet y Promoción de la Salud Mental Basada en los Medios*).
5. MONSUE (*Monitoring Suicidal Behaviour in Europe*).

En Asturias, se han puesto en marcha dos de los programas europeos anteriormente citados: SEYLE y MONSUE (7).

De la acción conjunta de la UE sobre SM y bienestar, surgió como respuesta a la declaración de la OMS el Libro Verde "promoción de la SM de la población. hacia una estrategia de la SM para la UE". Los temas tratados son: promoción de la SM, promoción de acciones contra la depresión y el suicidio, desarrollo de la SM comunitaria y promoción de la integración de la SM en todas las políticas.

El plan estratégico de infancia y adolescencia en España (2013-2016), se diseñó para la promoción, prevención de la SM en las escuelas y en los Servicios de Atención Primaria (AP), y mejorar e incrementar los servicios y programas dirigidos a la SM y psicológica (1).

La confederación de SM de España, en su informe de derechos humanos de SM, manifiesta la importancia de priorizar el desarrollo de políticas públicas. Para llevarlo a cabo, propone 12 acciones específicas para su implementación a nivel estatal (8).

Una de las carencias formativas más importantes a nivel estatal es la ausencia de la creación de la especialidad mé-

dica de psiquiatría de la infancia y la adolescencia (8, 9). La salud mental continúa siendo la "hermana pobre" del sistema sanitario español.

Colaboración intersectorial

La OMS lo define como "relación reconocida entre una o varias partes de los sectores sanitario, social y educativo para adoptar medidas sobre un tema concreto, con el objetivo de alcanzar resultados de salud de una manera más eficaz, eficiente y sostenible que la que hubiera logrado el sector sanitario por sí solo". En particular, destaca la importancia de involucrar a todos los sectores al abordar la SM de niños y adolescentes (1).

Coste de la SM

Los trastornos mentales representan un fuerte impacto a nivel social y económico. Además, la depresión es una de las patologías con mayor comorbilidad que tiene que afrontar el sistema de salud, por delante de las enfermedades cardiovasculares (10, 1) debido a que está asociado a enfermedades crónicas, consumo de tabaco y alcohol y a la falta de actividad física entre otros (9).

Tanto en Europa como en EE. UU., el coste económico anual asociado al impacto de las enfermedades mentales es muy elevado, llegando hasta los 500 mil millones de euros. También está asociado a un mayor uso de los servicios de salud en la edad adulta, generando gastos directos e indirectos como disminución de la productividad (10,1). Por poner un ejemplo, un estudio estimó que una joven diagnosticada de depresión de inicio temprano tendría un salario anual entre un 12-18% menor, que una que lo haya desarrollado en la edad adulta o no lo padezca (9).

A pesar de la inversión económica en intervenciones de promoción y prevención, menos del 10% de los pacientes con enfermedades mentales en Europa reciben un tratamiento adecuado a sus necesidades (10, 1). Además, los adolescentes que están en las situaciones más vulnerables y que aún no manifiestan síntomas, tienen acceso a servicios de salud de menor calidad (3).

Los centros escolares son un elemento esencial en la promoción del bienestar y de la SM infanto-juvenil. Sin embargo, un alto porcentaje de los centros educativos de Europa parecen no considerarlo prioritario. Esto podría explicarse por el déficit de recursos y la falta de implicación de la política nacional en este tipo de proyectos (11).

Estructura de la SM

La organización de las unidades de SM dirigidas a la población infanto-juvenil está compuesta por un conjunto interrelacionado y pluralizado de servicios (12). La red de SM ha establecido un plan estratégico cuyos principios están basados en recomendaciones propuestas por la OMS:

1. Incorporar la SM en toda la red sanitaria.
2. Mejorar la accesibilidad de la población a la atención sanitaria.

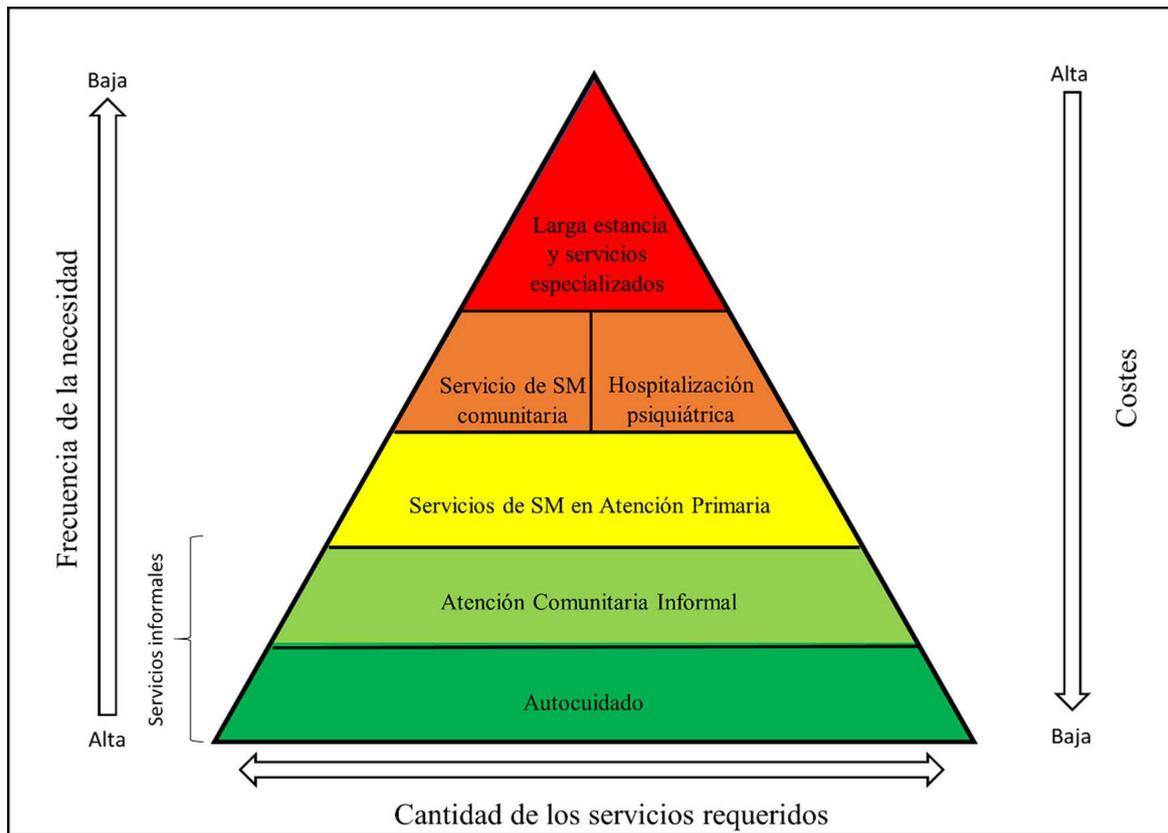


Figura 1. Pirámide de integración de los Servicios Sanitarios (3).

3. Atención continuada.
4. Enfoque multidisciplinar.
5. Enfoque biopsicosocial.
6. Considerar todas las etapas del desarrollo.
7. Respetar los derechos humanos.
8. Promover la participación activa.
9. Promoción de la Salud en AP (3).

Los dispositivos de SM presentes en el Principado de Asturias dirigidos a la población infanto-juvenil son:

- Centro de SM infanto-juvenil: Es la puerta de entrada a la red de SM. Valora todos los casos derivados en su gran mayoría de AP y en una menor parte de la atención especializada, de niños con edad comprendida entre 3 y 17 años.
- Unidad de Hospitalización psiquiátrica de Adolescentes: Servicio de atención especializada en cuadros agudos de niños de entre 12 y 17 años.
- Hospital de día infanto-juvenil: Proporciona atención régimen de día para adolescentes de entre 12 y 17 años que no presenten sintomatología aguda pero que necesiten seguimiento estrecho (12).

Para una asistencia adecuada y de calidad debe existir una coordinación entre los Servicios de AP y los Servicios de Atención Especializada de SM, ya que algunos estudios datan que 2 de cada 3 jóvenes con depresión no son identificados

por su médico de AP y por tanto no reciben ningún tipo de tratamiento. Incluso cuando son diagnosticados, solo la mitad de estos reciben un tratamiento adecuado (13).

Depresión

Los trastornos del ánimo se caracterizan por una inadecuada gestión de las emociones acompañada de un conjunto de síntomas que pueden ser disfóricos o eufóricos (ánimo bajo y elevado respectivamente).

Los trastornos depresivos se encuentran enmarcados dentro del primer grupo e incluyen el *trastorno depresivo mayor* (TDM) y la distimia, entre otros (14).

La OMS define la depresión como un trastorno mental frecuente caracterizado por síntomas como la tristeza, anhedonia, baja autoestima, alteración del ciclo vigilia-sueño, cansancio y alteración en la concentración. Estos síntomas varían según la edad, sexo, nivel educativo y cultural. El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5) utiliza diferentes términos para referenciarla como episodio depresivo, trastorno depresivo y depresión clínica (15). La *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 10ª edición (CIE-10), lo define como episodio depresivo y episodio depresivo recurrente (9, 16).

El conjunto de síntomas del TDM en adolescentes es similar a los que manifiestan los adultos, aunque van variando a medida que el niño se desarrolla (14). Se presenta con frecuencia: irritabilidad, síntomas somáticos (dolor abdominal, cefalea y dolor músculo esquelético) (17), disminución de la energía, cambios en el apetito, alteraciones del sueño (14).

La investigación sobre el tratamiento en la depresión juvenil se remonta a finales de 1980. Los primeros estudios aleatorizados se basan en autoinformes de síntomas como método principal de evaluación (2).

Epidemiología

Uno de cada 5 niños padece una enfermedad psiquiátrica (14), la prevalencia de estas patologías es diferente dependiendo del país, etapa de desarrollo de crecimiento y los criterios clínicos que utilicen para su diagnóstico (9). Las más frecuentes son la depresión, la ansiedad, trastorno del comportamiento y el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (18).

Según la guía NICE, la depresión afecta a alrededor del 2,8% de los menores de 13 años y al 5,6% de los jóvenes de entre 13 y 18 años (19). En EE. UU. los estudios realizados señalan que los niños de entre 9-11 años tienen una prevalencia del 0,5-2% y en la etapa juvenil (13-18 años) del 5,6%. En el proyecto europeo SEYLE se describió una prevalencia en depresión de entre un 7,1 % y 19,4 %.

En España, en 1988 se realizó el primer estudio de prevalencia de depresión en población infantil y estima un 1,8% de TDM y 6,4% de distimia. La gran parte de la literatura señala que los porcentajes aumentan según avanza la edad, llegando a valores de entre 2,5-5% (20). Entre un 5% y un 10% de la población juvenil presenta depresión menor o subclínica, los cuales tienen mayor riesgo de presentar desadaptación al medio, suicidio y desarrollar en el futuro un TDM (9).

Teniendo en cuenta el género y la edad, cabe destacar que el TDM se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino y en la última etapa de la adolescencia. Múltiples estudios están de acuerdo en que la edad media de inicio de síntomas se encuentra entre los 13-14 años, y en edades inferiores a 12-13 años además de no encontrar amplias diferencias en cuanto al género, la prevalencia es menor (10, 21).

Prevalencia en población diagnosticada

En nuestro país, diferentes trabajos señalan que una elevada parte de la población infanto-juvenil acude a centros de

SM. Bragado et al. afirma que un 5,5 % lo hacen por problemas de depresión Aláez et al. señala que asciende a un 14,6 %, Goñi Sarriés et al. estima una prevalencia del 14 %, sin embargo, Navarro-Pardo et al. indican que es del 3%. Ponderando los resultados de los estudios anteriormente citados, puede estimarse una prevalencia aproximada del 8,8% de los que demandan tratamiento (20).

Factores de riesgo

La depresión infanto-juvenil es un trastorno cuyo origen es de carácter multifactorial. Esta multitud de factores asociados, entre los que destacan: psicológicos, biológicos, familiares y sociales, (20, 9) influyen en el inicio, mantenimiento o recurrencia de la depresión, además de tener implicaciones en su prevención, diagnóstico y tratamiento (9).

Factores psicológicos

La inadecuada gestión de las emociones, la nula tolerancia a la frustración, presencia de otros trastornos psíquicos (factores externalizantes de personalidad, pensamientos de carácter rumiativo y baja autoestima) (14) y el duelo, contribuyen a la aparición de síntomas depresivos. (9, 20, 22).

Factores biológicos

Factores genéticos

En la infancia la presencia de TDM se presenta igual en niños y niñas, sin embargo, en la adolescencia se presenta en una frecuencia entre 2 y 3 veces mayor en las mujeres (20).

Los modelos actuales demuestran un aumento bidireccional (padres a hijos y viceversa) de padecer un TDM de entre 2 y 4 veces mayor entre los familiares de primer grado que la población general (14, 22). Varios estudios genéticos demuestran el carácter hereditario en gemelos monocigóticos, arrojando unas tasas de concordancia del 40-65% (14). Sin embargo, estos factores son predisponentes, pero no condicionantes (22).

Tabla 1. Prevalencia de depresión en adolescentes de España (20).

Síntomas depresivos. Prevalencia en la población juvenil en España		
Estudio	Edad	% manifestaciones síntomas depresivos
Escriba et al. Castilla la Mancha	12-16	1,8% grave
Fonseca-Pedrero et al. Asturias	14-19 años	2,5% grave
Ferrer Tirado et al. Cataluña	14 y 16 años	6,9% moderada 2,5% grave
Sanchis et al. Navarra	14 y 18 años	5,9% moderada 2,8% grave
Jaureguizar et al. País Vasco	12 y 16 años	3,8% grave

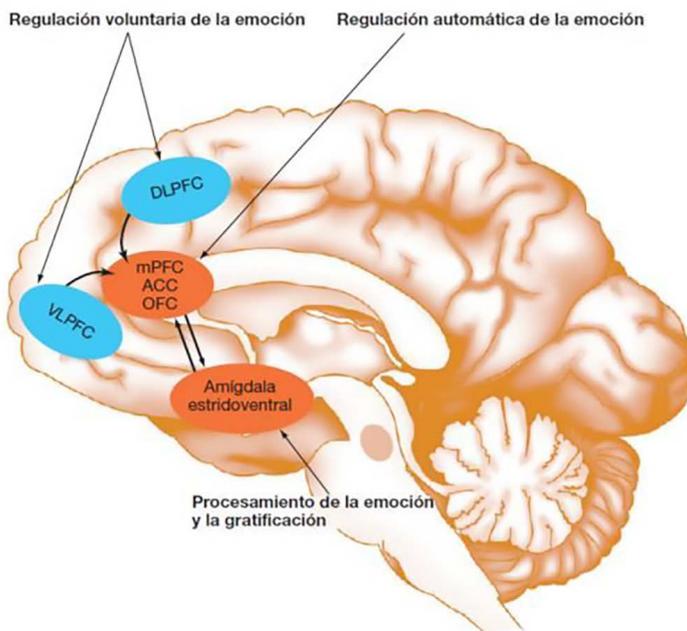


Imagen 1. ACC:corteza cingulada anterior; DLPFC: Corteza prefrontal dorsolateral; mPFCx: Corteza prefrontal medial; OFC: Corteza orbitofrontal; VLPFC: Corteza prefrontal ventrolateral. (Quintana Calderón, E. El papel de enfermería en la depresión mayor. [TFG]. 2017).

Factores neuroquímicos

En la actualidad, no se conoce a ciencia cierta las áreas cerebrales que actúan en la depresión. La Hipótesis monoaminérgica (déficit absoluto de los neurotransmisores que influyen en procesos afectivos: Serotonina, dopamina y noradrenalina) parece explicar que el déficit de monoaminas afecta al sistema nervioso central pudiendo producir síntomas depresivos, pero la falta de solo uno de ellos no explicaría su desarrollo (22, 23).

Además de lo anteriormente citado, hay que tener en cuenta que la desregulación de la actividad glutamatérgica y GABAérgica y la alteración molecular en la producción de citocinas proinflamatorias junto con variaciones de los factores de crecimiento y en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, nos acercan a la comprensión más integral para su diagnóstico y desarrollo terapéutico (22, 23).

Factores sociales

Existe una clara relación entre la depresión y factores sociales como la raza, la educación y el entorno. Los acontecimientos vitales estresantes como abusos físicos y sexuales, abandono, problemas escolares (bullying o fracaso escolar), inadecuada relación con iguales, institucionalización (refugiados, hogares de acogida, centros de menores) y aislamiento social entre otros, están implicados en el inicio y desarrollo de episodios depresivos mayores (9, 10, 14, 18, 22, 24).

Factores familiares

La discordia familiar (divorcio, separación), violencia en el ámbito familiar, desatención (rechazo y/o ausencia de cuidado) y antecedentes de trastorno mental parental (9, 10, 14, 18, 24).

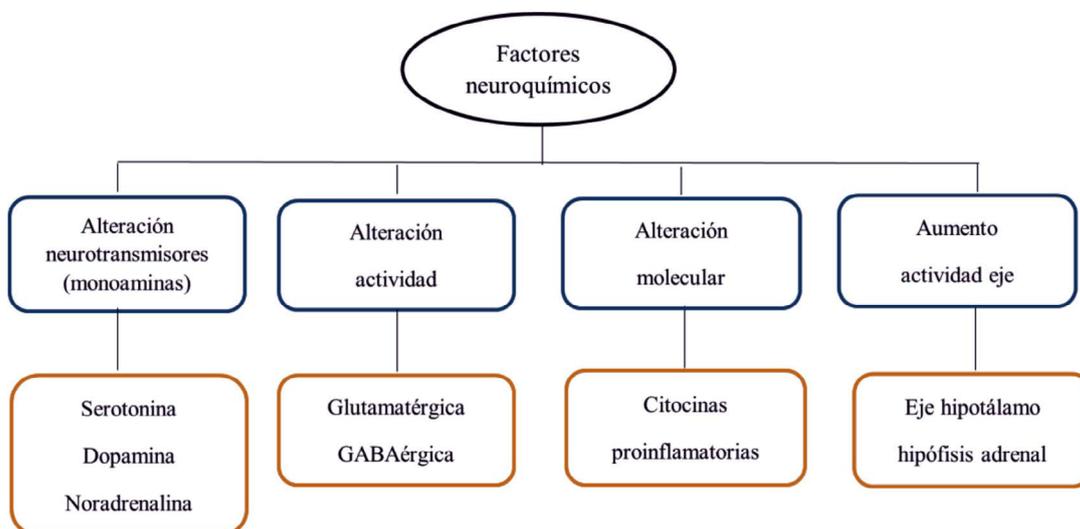


Figura 2. Factores de riesgo neuroquímicos en el desarrollo de depresión (22, 23).

Tabla 2. Resumen de los factores de riesgo de depresión (9).

FACTORES DE RIESGO			
Psicológicos	Biológicos	Sociales	Familiares
Gestión inadecuada de las emociones	Sexo femenino	Raza	Discordia familiar
Nula tolerancia a la frustración	Antecedentes familiares	Educación	Violencia a nivel doméstico
Otros trastornos psiquiátricos	Alteraciones a nivel neuropsíquico	Entorno	Desatención
Duelo		Abuso físico y/o sexual	Trastorno mental de algún progenitor
		Abandono	
		Bullying	
		No pertenencia al grupo	
		Aislamiento social	
		Institucionalización	

Factores protectores

- Inteligencia emocional (21).
- Adecuada autoestima.
- Alta capacidad en resolución de problemas (11).
- Buena relación parental.
- Correcta dinámica familiar.
- Supervisión y vigilancia.
- Implicación marcada por parte de los padres.
- Buena relación entre iguales.
- Ejercicio físico regular.
- Mayor coeficiente intelectual.
- Éxito personal valorado por el entorno.
- Mayores aspiraciones educativas.
- Creencias religiosas o espiritualidad (14, 20, 24).

Síntomas

La presencia de síntomas depresivos puede aparecer en cualquier etapa del desarrollo. La intensidad, frecuencia y duración de los mismos cambian según la edad, persona y otras patologías concomitantes. A pesar de que la depresión se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, no existen diferencias en cuanto a los síntomas (9, 22).

Los síntomas predominantes son:

- Tristeza.

- Irritabilidad.
- Pérdida del interés.
- Anhedonia.
- Quejas somáticas.
- Autoestima baja.
- Desidia.
- Alteración en el apetito.
- Alteración del ciclo vigilia-sueño.
- Actitud opositora y negativista.
- Consumo de tóxicos.
- Pensamiento rumiativo en relación con la muerte (18).

Se pueden agrupar en:

1. *Síntomas centrales*

- Tristeza persistente y generalizada.
- Anhedonia.
- Irritabilidad.

2. *Síntomas asociados*

- Pensamientos negativos y baja autoestima.
- Desesperanza.
- Ideas de culpa.
- Pensamiento suicida.
- Falta de energía, fatiga.

Tabla 3. Diferencia de la sintomatología depresiva según la etapa de desarrollo (9).

SÍNTOMAS	
Prepuberales	Adolescente
Irritabilidad en forma de rabietas	Irritabilidad con ira, disforia, hostilidad, oposicionismo
Actitud oposicionista y negativista	Aumento de las horas de sueño
Presencia concomitante de ansiedad, TDAH y alteración en la conducta	Aumento del apetito con ganancia de peso
Quejas somáticas	Quejas somáticas
	Miedo al rechazo

- Distraibilidad.
- Aumento o disminución del apetito.
- Alteración del ciclo vigilia-sueño (9).

Evaluación y diagnóstico

Para realizar un correcto diagnóstico de la depresión en el adolescente, es necesario una entrevista clínica estructurada en la que además de realizar un cribado mediante cuestionarios validados, nos centraremos en la conducta verbal y no verbal, así como posibles limitaciones.

Algunas de las escalas específicas para la evaluación de la depresión son:

- *Beck Depression Inventory*: Es uno de los cuestionarios más empleados, es autoadministrado, consta de 21 ítems, con el objetivo de detectar la presencia de síntomas depresivos y su gravedad (Anexo 1).
- *Hamilton Rating Scale for Depression*: Cuestionario heteroadministrado formado por 21 ítems (existe una versión reducida de 17 ítems), sirve para evaluar la intensidad o gravedad de los síntomas, así como para monitorizar su evolución (Anexo 2).
- *Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*: Cuestionario heteroadministrado formado por ítems que sirve para evaluar la gravedad de los síntomas (Anexo 3).
- *Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*: Cuestionario autoadministrado, consta de 9 ítems y valora la presencia o no de síntomas depresivos en las últimas dos semanas (Anexo 4) (20).

Estas escalas de evaluación son generalmente autoadministradas, y existen varios tipos de presentaciones: Para el adolescente, sus padres o los educadores (9). Los cuestionarios por sí solos no permiten realizar un diagnóstico clínico adecuado, es por ello por lo que debemos guiarnos por los criterios diagnósticos según la CIE-10 o el DSM-5 (20).

CIE-10

La depresión es un tipo de trastorno del humor clasificado en la CIE-10 en la categoría F32. Esta a su vez se subdivide en:

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado.

La duración debe ser al menos de dos semanas y manifestar como mínimo dos de los tres síntomas característicos de la depresión:

- Ánimo depresivo.
- Anhedonia.
- Fatiga.

Evaluación de la gravedad del episodio depresivo

A. Generales

- Duración mínima de dos semanas.
- No secundario a sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.

B. Presencia de dos o más síntomas

- Tristeza, depresión o irritabilidad.
- Comportamiento inadecuado y agresivo.
- Mayor reactividad.
- Pérdida del interés.
- Rechazo al colegio.
- Fatiga.

C. Presencia de uno o más síntomas

- Baja autoestima.
- Gesto autolesivo.
- Aproxia y falta de concentración (bajo rendimiento escolar)

Tabla 4. Clasificación según la gravedad de la sintomatología. CIE 10 (9, 16).

Leve	Moderado	Grave
Dos o tres síntomas del criterio B. No afecta a su funcionamiento habitual.	Al menos dos síntomas del B, más síntomas del C hasta sumar un mínimo de seis. Dificultades para un funcionamiento normalizado.	Tres síntomas del B y síntomas del C con un mínimo de ocho. Inadaptación, ideas de muerte y síntomas psicóticos.

- Hiperactividad.
- Alteraciones del sueño.

D. Presencia o no de síndrome somático (16, 20).

Según la presencia de más o menos síntomas y cómo afectan al funcionamiento del individuo se clasifica en: leve, moderado o grave (14).

DSM-5

A. Presencia de cinco o más síntomas durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día casi todos los días. En adolescentes se puede manifestar con irritabilidad.
2. Disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades casi todos los días.
3. Pérdida o aumento importante de peso, o alteración en el apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de culpa o inutilidad casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar y de la concentración casi todos los días.
9. Pensamientos, ideas de muerte y suicidio estructurados o no.

- B. Los síntomas causan malestar, deterioro social, laboral u otras áreas del funcionamiento.
- C. No se puede atribuir a tóxicos o a una causa orgánica.
- D. No se puede etiquetar por trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Ausencia de episodio maníaco o hipomaníaco (15, 20).

Según la presencia de más o menos síntomas y cómo afectan al funcionamiento del individuo se clasifica en: leve, moderado o grave (9):

Comorbilidad

La gravedad de la depresión aumenta cuando encontramos otros trastornos concomitantes, físicos o psíquicos (10) y aumenta su prevalencia en un 20% con respecto a la población general (22). Tanto la depresión como los trastornos de ansiedad tienden a un curso crónico recurrente, con niveles de comorbilidad de entre el 10 y el 50% (4).

Tabla 5. Clasificación según la gravedad de la sintomatología. DSM-5 (9, 15).

Leve	Moderado	Grave
Cinco síntomas depresivos, al menos uno central. Afectación leve del funcionamiento.	Seis o siete síntomas, al menos uno central. Afectación importante del funcionamiento.	Más de siete síntomas. Puede tener alucinaciones o delirios. Gran impacto en el funcionamiento. Riesgo elevado de suicidio.

Algunos de los trastornos psiquiátricos comórbidos a la depresión son: ansiedad, problemas de conducta, *Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad* (TDAH), *Trastorno Obsesivo Compulsivo* (TOC), consumo y abuso de tóxicos, *Trastorno de la Conducta Alimentaria* (TCA), dificultades del aprendizaje y trastorno por estrés postraumático (aumenta la vulnerabilidad a la depresión y al suicidio tras el primer año del hecho traumático) (9, 10, 20).

Resulta importante tener en cuenta las comorbilidades ya que confluje en un peor pronóstico clínico, condicionando una peor respuesta a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, aumento de síntomas, cronicidad en la edad adulta y mayor riesgo de mortalidad, así como un elevado gasto de recursos sociosanitarios (20).

Según la Guía NICE, los diagnósticos comórbidos y los problemas del desarrollo, sociales y educativos deben evaluarse y manejarse, ya sea en secuencia o en paralelo, con el tratamiento de la depresión, implicando de forma coordinada al profesorado y trabajadores sociales (25).

Papel de la enfermería

Identificar las necesidades del adolescente, así como crear un plan de cuidados individualizado es uno de los papeles fundamentales de la enfermería. Su objetivo principal es la prevención de los trastornos mentales y la promoción de una buena SM. Para ello, la enfermera debe crear un clima acogedor durante la entrevista de valoración, con el fin de establecer vínculo enfermera-paciente y enfermera-familia (14, 22).

Afianzar la relación terapéutica y fomentar la confianza son clave para una buena interacción con el adolescente y un buen manejo de la depresión. Durante la entrevista, la enfermera debe mostrar empatía (reflejo empático), mantener una escucha activa, observar la comunicación no verbal, no emitir juicios de valor y tener en cuenta variables personales y socioculturales (18, 22, 24).

A pesar de que la implicación de los padres en los cuidados es muy importante y es recomendable comenzar con una entrevista centrada en la familia, (los progenitores exponen

diferentes aspectos comportamentales del niño), la enfermera debe dar su lugar al adolescente manteniendo entrevistas por separado. De esta manera, podrá dialogar con libertad y sin supervisión, corroborar o rebatir lo expuesto por sus padres y expresar sus preocupaciones con independencia (14, 24).

La valoración inicial debe explorar los factores de riesgo a nivel psicosocial y antecedentes familiares de depresión u otro trastorno mental, identificar signos y síntomas característicos de la depresión, así como déficit de funcionamiento a nivel cognitivo, motor, emocional o conductual y vivencia de experiencias de bullying, autolesión y pensamientos o ideas suicidas (14, 19).

A medida que se afianza el vínculo terapéutico, mediante la entrevista motivacional, la enfermera debe dirigir las intervenciones a mejorar la confianza en sí mismos, el control de impulsos y del estrés, gestión eficaz de las emociones y fomentar la adhesión al tratamiento (22, 24). El riesgo de suicidio debe valorarse en cada consulta, indicando si es necesario o no vigilancia (22).

Para realizar un buen seguimiento del paciente y garantizar una buena evolución, es importante destacar la importancia de una buena comunicación a todos los niveles (AP- Atención especializada-centro escolar) y la existencia de una atención multidisciplinar. El Chronic Care Model, potencia la intervención de las care manager. Enfermeras especializadas que mediante planes de cuidados individualizados y la coordinación de todos los profesionales que participan en el tratamiento de estos pacientes, tienen como objetivo principal la mejora de la calidad de vida y fomentar su bienestar (22).

Diagnóstico de enfermería

Plan de cuidados de enfermería

La metodología enfermera es un método sistemático de organización y gestión de los cuidados enfermeros. El *Proceso de Atención Enfermero* (PAE), se utiliza como lenguaje universal, y dota de rigor científico la práctica clínica. Para ello, se utiliza la taxonomía estandarizada *North American*

Tabla 6. Características de la entrevista clínica enfermera. (18)

ASPECTOS IMPORTANTES DURANTE LA ENTREVISTA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Actitud cordial. 2. Mantener escucha activa evitando interrupciones. 3. Mantener contacto visual, evitar escribir en la historia clínica. 4. Establecer límites. 5. Emplear lenguaje coloquial y comprensible. 6. Tratarle acorde con su edad. Evitar que se sienta como un niño de edad inferior. 7. Evitar realizar juicios de valor. 8. Realizar una valoración integral y no solo explorar el motivo de consulta. 9. Emplear técnicas de apoyo narrativas (respuestas espejo, clarificaciones...) 10. Mantener hilo conductor de la consulta, reconduciendo si es preciso la conversación. 11. Evitar mantener un rol parental. 12. Inculcar la responsabilidad del autocuidado.

Nursing Diagnosis Association (NANDA) (26), Nursing Outcomes Classification (NOC) (27) y las Nursing Interventions Classification (NIC) (28); se procede a la identificación y formulación de los diagnósticos enfermeros (NANDA), se establecen sus indicaciones para monitorizar los resultados esperados (NOC) y por último se formulan las intervenciones a realizar con sus correspondientes actividades (NIC).

El PAE consta de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Para realizar la valoración utilizamos el modelo conceptual por patrones de Marjory Gordon. Valorando los problemas salud-enfermedad del paciente y empleando la terminología NNN (*NANDA, NOC, NIC*).

Patrón I. Percepción/ Manejo de la salud

00035 Riesgo de lesión relacionado con (*r/c*) trastorno psicológico y exposición a drogas o tabaco.

Patrón II. Nutricional/metabólico

00002 Desequilibrio nutricional: Por defecto *r/c* incapacidad para ingerir alimentos debido a factores psicológicos, *manifestado por* (*m/p*) ingesta inferior a la recomendada, pérdida de peso o saciedad inmediata.

00001 Desequilibrio nutricional: Por exceso *r/c* pérdida de autocontrol, disminución de la autoestima y depresión *m/p* presencia de patrones disfuncionales y/o comer en respuesta a la ansiedad.

Patrón IV. Actividad/ Ejercicio

00108 Déficit de autocuidado: Baño/higiene *r/c* falta de motivación, ansiedad o cansancio, *m/p* incapacidad para lavarse el cuerpo y olor corporal desagradable.

00109 Déficit de autocuidado: Vestido/acicalamiento *r/c* disminución o falta de motivación, ansiedad grave, cansancio o malestar, *m/p* deterioro en la capacidad para vestirse o desvestirse, elegir ropa y/o mantener un aspecto satisfactorio.

Patrón V. Sueño/Descanso

00095 Insomnio *r/c* factores de estrés y ansiedad, *m/p* cambio de concentración, en el estado de ánimo, absentismo y dificultad para conciliar el sueño.

Patrón VI. Cognitivo/ Perceptivo

00120 Baja autoestima situacional *r/c* cambios del desarrollo (adolescencia), duelo, divorcio de los padres, *m/p* verbalizaciones negativas, autopercepción de incapacidad de afrontamiento de los acontecimientos y desesperanza.

Patrón VII. Auto percepción/ Autoconcepto

00146 Ansiedad *r/c* crisis de maduración o situacionales, conflicto de valores, antecedentes familiares, *m/p* dolor abdominal, fatiga, inquietud, alteración de la concentración y atención o rumiación.

00150 Riesgo de suicidio *r/c* malos tratos en la infancia, alteración en la vida familiar, impotencia y/o antecedentes familiares de suicidio.

Patrón VIII. Rol/ relaciones

00053 Aislamiento social *r/c* alteraciones del estado mental, no aceptación de las conductas ni de los valores sociales y/o dificultad para establecer relaciones personales satisfactorias, *m/p* hostilidad, expresión de sentimientos de rechazo e inseguridad en público.

Patrón X. Afrontamiento/ Tolerancia al estrés

00069 Afrontamiento ineficaz *r/c* apoyo social insuficiente, estrategias ineficaces para lidiar con el estrés y/o crisis de maduración, *m/p* abuso de sustancias, comportamientos autodestructivos o hacia los demás y falta de habilidades en la resolución de problemas.

DIAGNÓSTICO (00035) Riesgo de lesión

NOC: (1902) Control del riesgo

(1908) Detección del riesgo

NIC: (5510) Educación para la salud

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad del paciente.
- Determinar el contexto personal y familiar, además de la conducta sanitaria.
- Implementar estrategias para potenciar la autoestima de la población adolescente.

(5562) Educación Parental

Actividades:

- Identificar factores de estrés en la familia
- Identificar los mecanismos de defensa del adolescente, como la negación.
- Enseñar a los padres técnicas de comunicación que aumenten su capacidad de empatizar y de resolver conflictos.

DIAGNÓSTICO (00002) Desequilibrio nutricional: Por defecto

(00001) Desequilibrio nutricional: Por exceso

NOC: (1411) Autocontrol del trastorno de la alimentación

(1621) Conducta de adhesión: Dieta saludable

NIC: (1100) Manejo de la nutrición

Actividades:

- Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
- Determinar el estado nutricional del paciente.
- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales.

(5246) Asesoramiento nutricional

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.

DIAGNÓSTICO (00108) Déficit de autocuidado: Baño/higiene

NOC: (0305) Autocuidados: Higiene

NIC: (1801) Ayuda con los autocuidados: Baño/ higiene

Actividades:

- Mantener rituales higiénicos.
- Fomentar la participación de los padres/familia en los rituales habituales.

DIAGNÓSTICO (00108) Déficit de autocuidado: Vestido/acicalamiento

NOC: (0302) Autocuidados: Vestir

NIC: (1802) Ayuda con los autocuidados: Vestir/ arreglo personal

Actividades:

- Acuerdo con el paciente.
- Enseñanza: individual.

DIAGNÓSTICO (00095) Insomnio

NOC: (0004) Sueño

(1402) Autocontrol de la ansiedad

NIC: (1850) Mejorar el sueño

Actividades:

- Enseñar al paciente a controlar los patrones del sueño.
- Facilitar técnicas que favorezcan el sueño.
- Animar a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama.

(5330) Control del estado de ánimo

Actividades:

- Evaluar el estado de ánimo, a través de cuestionarios autoadministrados.
- Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar.
- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño-vigilia.

DIAGNÓSTICO (00120) Baja autoestima situacional

NOC: (1205) Autoestima

NIC: (5400) Potenciación de la autoestima

Actividades:

- Valorar el locus de control del paciente.
- Resaltar sus puntos fuertes.
- Elaborar objetivos realistas que fomenten la autoestima.

DIAGNÓSTICO (00146) Ansiedad

NOC: (1402) Autocontrol de la ansiedad

NIC: (5820) Disminución de la ansiedad

Actividades:

- Promover la seguridad y reducir el miedo del paciente.
- Escucha activa.
- Explicar técnicas de relajación.

DIAGNÓSTICO (00150) Riesgo de suicidio

NOC: (1408) Autocontrol del impulso suicida

NIC: (5230) Mejorar el afrontamiento

Actividades:

- Ayudar en la identificación de objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Evaluar la capacidad para la toma de decisiones.
- Comprender su perspectiva ante una situación estresante.

DIAGNÓSTICO (00053) Aislamiento social

NOC: (1204) Equilibrio emocional

NIC: (5100) Potenciación de la socialización

Actividades:

- Fomentar la participación y una mayor implicación en actividades y relaciones sociales.
- Comprobar los límites personales.
- Evaluar los puntos fuertes y débiles de las relaciones sociales.

DIAGNÓSTICO (00069) Afrontamiento ineficaz

NOC: (1405) Autocontrol de los impulsos

NIC: (4370) Entrenamiento para controlar los impulsos

Actividades:

- Seleccionar una estrategia de resolución de problemas adaptada al adolescente.
- Refuerzo positivo.
- Autocompensación tras obtener buenos resultados.

Depresión y suicidio

La depresión es uno de los factores de riesgo que más se relaciona con la conducta suicida (5). Según la OMS el suicidio es una situación de escape ante una situación vital angustiosa, producto de la suma de múltiples factores, y no solo el reflejo e historia de cada individuo (antecedentes familiares, abusos, intentos previos, trastornos mentales, tentativa suicida, ruptura sentimental, duelo...) (7).

La GPC del Ministerio de Sanidad y Política Social, considera importante la intencionalidad del individuo. Por ello define los diferentes tipos de comportamiento suicida:

- **Ideación suicida:** El individuo tiene pensamientos, ideas autodestructivas y planes autolíticos.
- **Suicidio frustrado:** El individuo tiene intención suicida, pero por una situación imprevista, no llega a cometer el acto.
- **Amenaza de suicidio:** El individuo manifiesta su deseo expreso y lo acompaña o no de actos que indican su intención. Esta conducta es muy utilizada por los adolescentes con carácter manipulador.
- **Conducta autolesiva:** El individuo se provoca lesiones sin poner en riesgo su vida y sin intencionalidad autolítica (20).

Estas conductas se ordenan de mayor a menor gravedad: Ideación, amenaza, intento y suicidio consumado.

La ideación suicida se relaciona con un mayor riesgo de intentos de suicidio. Los pensamientos autolíticos son frecuentes en la adolescencia por su carácter impulsivo y necesidad de inmediatez (5). Aproximadamente una de cada seis niñas y uno de cada diez niños de entre 12 y 16 años, manifiesta haberlos tenido (9).

A nivel mundial se estima que por cada persona que se suicida, hay 20 intentos previos, además en EE. UU., la cifra en adolescentes asciende hasta 200. Otro aspecto a tener en cuenta es que a nivel global el sexo femenino tiene el por-

centaje más alto de suicidio consumado (71%) y los hombres (50%), sin embargo, en España las cifras se tornan al revés, siendo el porcentaje más alto de suicidio consumado en hombres (74%) y más bajo en mujeres (26%) (29). Con respecto a la tentativa de suicidio tanto en España como en EE. UU. se da con más frecuencia en chicas que en chicos con una relación 3:1-4:1 (14).

Los países que tienen las tasas más altas son Lituania y Rusia, en contraposición se encuentran Azerbaiyán y Filipinas (7, 30). En España el suicidio representa la segunda causa de muerte violenta en edades comprendidas entre 15-29 (31). Dentro del territorio nacional las tasas más altas se encuentran en Asturias, seguido de Galicia (11 y 8,78 suicidios por cada 100.000 habitantes respectivamente) (29).

Los métodos difieren entre hombres y mujeres. Así es que en hombres el método más común es el ahorcamiento y en mujeres precipitarse al vacío (7).

Factores de riesgo

Los síntomas de depresión y comportamientos agresivos son comunes entre los adolescentes y a menudo pueden conducir a intentos de suicidio. Debido a la vulnerabilidad individual, es preciso identificar los diferentes factores de riesgo asociados ya que pueden incrementar el número de casos nuevos, probabilidad, mortalidad y gravedad del suicidio (24).

- **Factores psicológicos:** intento de suicidio previo, depresión, consumo de tóxicos, enfermedades crónicas o psiquiátricas comórbidas, problemas del sueño, baja autoestima y sentimientos de fracaso.
- **Factores biológicos:** déficit de monoaminas, alteración del eje hipotálamo-hipofisario, desregulación de la actividad GABAérgica y antecedentes familiares.
- **Factores socioculturales:** suceso vital estresante (ruptura sentimental, orientación sexual, bullying, duelo), exposición a conductas suicidas (redes sociales, televisión, ami-



Figura 3. Tasas de suicidio por edad por cada 100.000 habitantes (32).

Tabla 7. Factores de riesgo de suicidio (31).

FACTORES DE RIESGO			
Psicológicos	Biológicos	Sociales	Familiares
Depresión	Antecedentes familiares	Suceso vital estresante	Antecedentes familiares de suicidio o de SM
Intento de suicidio previo	Alteraciones a nivel neuropsíquico	Exposición a conductas suicidas	Conflicto familiar
Consumo de tóxicos		Inmigración	Bajo nivel socioeconómico
Enfermedades físicas o psíquicas comórbidas		Institucionalización	
Alteración del sueño		Mala relación entre iguales	
Baja autoestima			
Sentimientos de fracaso			

gos...), inmigración, institucionalización, mala relación entre iguales.

- *Factores familiares:* antecedentes familiares de suicidio u otro trastorno psiquiátrico, conflicto familiar, bajo nivel socioeconómico (5, 14, 31).

Factores protectores

- Sexo femenino.
- Ausencia de sentimiento de insatisfacción.
- Buen apoyo social, familiar y escolar.
- Planes de futuro.
- Locus de control interno.
- Creencias religiosas o espiritualidad.
- Buena gestión de las emociones y resolución de problemas.
- Buen nivel educativo.
- Madurez emocional (5, 14, 31).

Bullying y suicidio

En el bullying, el individuo está expuesto de forma constante y recurrente a actos negativos llevados a cabo por uno o más compañeros de colegio en situación de desventaja. Estos actos pueden ser físicos, verbales o relacionales (33).

En la actualidad, el cyberbullying está en auge debido al aumento del uso de las redes sociales. Este presenta características similares al bullying, pero se produce a través de un medio tecnológico.

La constante exposición al acoso escolar puede provocar trastornos de SM. Un estudio del King College explica que el bullying está relacionado con alteraciones estructurales del cerebro, y estas a su vez aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedad mental. A nivel nacional, un estudio afirma que el acoso escolar provoca una disminución del volumen del cuerpo calloso alterando su funcionamiento (8).

Un estudio realizado por Le y cols. describen una relación significativa entre bullying y depresión en adolescentes tanto para el agresor como para la víctima. Varios artículos estudiaron la relación entre bullying y suicidio, Ford y cols. determinan una clara asociación entre haber padecido bullying y el haber llevado a cabo un intento de suicidio en la adolescencia. Willians y cols. observaron que el cyberbullying está asociado con sintomatología depresiva e ideación e intentos suicidas únicamente en mujeres. Hong y cols. en sus estudios transversales evaluaron una alta correlación entre bullying, depresión y suicidio (33).

El bullying podría ser un factor modificable en la aparición de depresión e ideación suicida. En España, entre 2012 y 2017 se registraron 5500 casos de bullying con una tendencia al alza. Existe una organización de buenas prácticas llamada "*PantallasAmigas*", cuyo objetivo es promover un uso seguro, saludable y responsable de las tecnologías en la infancia y en la adolescencia. Las problemáticas que abordan son: cyberbullying, sexting, sextorsión y pederastia (8, 30).

Tratamiento

Es necesario buscar la implicación de AP y atención especializada de SM, así como involucrar a los padres del adolescente en el tratamiento (9, 18).

La guía del NICE incluye 40 estudios que evaluaron la efectividad de las diferentes intervenciones psicológicas (20). Según estos, la depresión moderada-grave debe tratarse con una combinación de psicoterapias y tratamiento farmacológico (antidepresivos) (14).

Intervenciones psicológicas

La guía publicada por el Ministerio de Sanidad plantea como tratamiento de primera elección, la psicoterapia, retrasando la farmacoterapia en los casos de depresión grave o resistente, aplicándose siempre en combinación (18).

En especial la *Terapia cognitivo conductual* (TCC) y la *Terapia Interpersonal* (TIP), han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión leve y moderada. El número de sesiones varía en relación con las condiciones personales y sociales del individuo, aunque son muchos ensayos los que reflejan la necesidad de 8 a 16 visitas semanales, de 60 minutos de duración (9, 14, 18).

TCC

El modelo cognitivo-conductual fue iniciado por Albert Ellis y afianzado por Aron Beck en los años 70 (20). Esta terapia centrada en el presente trata de identificar y corregir las distorsiones cognitivas que pueden provocar el estado de ánimo depresivo, y proporciona herramientas para la resolución de problemas, control de las emociones y mejorar las habilidades sociales (14, 20).

La TCC se fundamenta en que el estado de ánimo bajo se relaciona directamente con la conducta y los pensamientos; y que un control sobre estos conduce a una mejoría en el funcionamiento. Los adolescentes son especialmente vulnerables ante los agentes estresores, y su baja capacidad de afrontamiento hace que respondan con ideas negativas ante estos: “nadie me quiere”; “no sirvo para nada”. El objetivo de la terapia es revertir estas ideas, desarrollando patrones de pensamiento y conducta positivos (9).

TIP

Descrita por Klerman et al. en los años 80 (20). Esta modalidad centrada en la situación actual del adolescente trata de mejorar la capacidad interpersonal para la resolución de problemas y relaciones sociales (9, 14).

Aspectos en común con la TCC:

- Objetivo: Relacionar el estado de ánimo con los sucesos interpersonales.
- Facilitar psicoeducación.
- Promover la implicación del adolescente en actividades de su interés (9).

Mufson et al. adaptaron la TIP para su uso en adolescentes:

- 12 sesiones individuales semanales.
- Sesiones conjuntas con los padres.
- Temas a tratar: Individualización, autonomía, relaciones sentimentales y entre iguales y estrategias de afrontamiento frente a pérdidas emocionales (20).

Terapia familiar

Centrada en las relaciones familiares. Su objetivo es conocer las interacciones entre los miembros y modificar aquellas que son desadaptativas, siendo igual de importante el motivo del conflicto como las actitudes y conductas para su resolución (20).

Según varios estudios, su eficacia no es clara, pero es útil en familias desestructuradas y conflictivas y más eficaz que la ausencia de tratamiento (2, 9).

Terapia cognitiva basada en la atención plena

El mindfulness es una técnica que enseña al individuo una serie de recursos físicos y mentales para disminuir la tensión corporal y psicológica tomando conciencia del presente. Se basa en la adquisición de habilidades en las que el paciente acepta sus pensamientos, sensaciones y sentimientos ante situaciones de estrés (9, 20).

Tratamiento farmacológico

Los antidepresivos son una parte importante dentro del tratamiento de la depresión. Sin embargo, su uso en adolescentes difiere del de los adultos (9, 20).

Aspectos a tener en cuenta de cara a la prescripción:

- Evaluación de la gravedad de los síntomas.
- El uso de antidepresivos tricíclicos y los IMAOS no están indicados en este grupo de edad por su ineficacia y peligrosidad.
- Elevada respuesta al efecto placebo. Un metaanálisis realizado en 2007 señala que un 50% de los adolescentes con TDM respondieron al placebo.
- Información detallada y consentimiento informado:

Justificación de la necesidad de tratamiento farmacológico.

- Explicar efectos adversos.
- Importancia de buena adherencia al tratamiento.
- Seguimiento semanal en el primer mes tras el inicio del tratamiento (respuesta y efectos secundarios) (9, 14, 20).

Los antidepresivos que han demostrado mayor eficacia en los preadolescentes y adolescentes son los *Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina* (ISRS). Entre ellos, la fluoxetina y el escitalopram son los autorizados por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento del TDM (nivel de evidencia A) (14, 18). Además, la fluoxetina ha sido el único capaz de distinguirse del placebo en preadolescentes (14).

La fluoxetina y el escitalopram son considerados fármacos de primera línea por su eficacia, escasos efectos adversos y su seguridad en caso de sobredosificación (14, 18). Para que el tratamiento sea eficaz debe de mantenerse un mínimo de 6 a 12 meses. Al finalizar el tratamiento debe retirarse paulatinamente para evitar cualquier síntoma

Tabla 8. Indicaciones de las agencias reguladoras de antidepresivos para depresión mayor en niños y adolescentes (20). FDA: Food and Drug Administration, EMA: European Medicines Agency, AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

FDA	EMA	AEMPS
Fluoxetina, aprobada para pacientes ≥ 8 años.	Fluoxetina, aprobada para pacientes ≥ 8 años.	Fluoxetina, aprobada para pacientes ≥ 8 años.
Escitalopram, aprobado para pacientes ≥ 12 años.		Nortriptilina, aprobada para pacientes ≥ 6 años.

de abstinencia. Los adolescentes que presentan depresión recurrente, crónica o grave requieren más de 12 meses de tratamiento (9).

Las agencias internacionales reguladoras del uso de medicamentos controlan estrechamente el uso de fármacos en la población infanto-juvenil. Los fármacos antidepresivos autorizados son los que se muestran en la tabla 8.

La gravedad de los síntomas, comorbilidad, conflictos en la dinámica familiar, concentraciones del fármaco por debajo del rango terapéutico, falta de adherencia al tratamiento, la anhedonia y la alteración del sueño, se asocian con una peor respuesta al tratamiento.

Prevención y promoción

La promoción y prevención en la SM infanto-juvenil no solo se centra en el diagnóstico de enfermedades, sino también en disminuir el porcentaje de individuos que manifiesten síntomas y un trastorno depresivo (9, 18).

En los Principios de Psiquiatría Preventiva de Caplan, la prevención se divide en tres categorías:

1. *Primaria*: tiene como finalidad reducir la incidencia.
2. *Secundaria*: tiene como finalidad reducir la prevalencia.
3. *Terciaria*: tiene como finalidad disminuir la discapacidad (34).

Gordon propone tres niveles de prevención:

1. *Universal*: dirigida a toda la población.
2. *Selectiva*: dirigida a los grupos de riesgo.
3. *Indicada*: dirigida a los grupos de alto riesgo (4, 34).

Ventajas de los programas de prevención:

1. Evitar la incidencia (es posible prevenir el 22% de los casos nuevos de depresión anuales).
2. Retrasar la aparición de síntomas clínicamente significativos.
3. Disminución de la discapacidad.
4. Reducción de costes.
5. Mejores resultados si se implementan a una edad temprana (4).

El objetivo de las intervenciones preventivas es actuar significativamente sobre los factores de riesgo y factores protectores involucrando al adolescente y a la familia. Destacan:

1. *Programa de Capacitación en Habilidades para la Vida*: Útil para prevenir el consumo de tóxicos (alcohol, drogas) y comportamiento antisocial en los adolescentes a través del desarrollo de habilidades de gestión de emociones y habilidades sociales.
2. *Programa de acción positiva*: Diseñado para realizar en el centro escolar y orientado a aumentar comportamientos positivos y desarrollo socioemocional mediante la autogestión.
3. *Proyecto Hacia el No Abuso de Drogas*: Destinado a la población general y a los adolescentes de alto riesgo.
4. *Programa Blues*: Orientado a adolescentes con síntomas depresivos. A través de la TCC se busca una reducción de los mismos (33).

Programas escolares

Iniciativas europeas como las Escuelas Promotoras de la Salud en la década de 1980 alentaron a las escuelas a desarrollar e implementar iniciativas de promoción de la salud, mejorar los vínculos entre las escuelas y la comunidad y centrarse en el desarrollo e implementación de políticas (35).

En los últimos años, los problemas de SM de los adolescentes se han planteado como un gran desafío de salud pública. Esto se ha reflejado en iniciativas desarrolladas por la Comisión europea, cuyo objetivo es proporcionar oportunidades para el intercambio de conocimientos y el aprendizaje entre los estados europeos para apoyar una mayor práctica basada en la evidencia (35).

La relevancia de las escuelas como escenario para el apoyo y la promoción de la salud es ampliamente aceptado ya que son clave en la intervención, tratamiento y derivación a servicios especializados (35, 36).

Dentro de los programas escolares, destaca el SEYLE. Se trata de un ensayo controlado y aleatorizado, diseñado para investigar la eficacia de las actividades escolares e intervenciones preventivas de la conducta suicida (36).

El Programa de Jóvenes Conscientes de Salud Mental (YAM) fue desarrollado para el estudio SEYLE. Es un manual de

intervención universal dirigida a todos los alumnos como el objetivo de mejorar la SM, aumentar la conciencia de los factores de riesgo y de protección asociados al suicidio, incluido el conocimiento sobre la depresión y la ansiedad (36).

El programa QPR (*Preguntar, Persuadir, Referir*) está diseñado para empoderar a los profesores a reconocer en los alumnos el riesgo de suicidio (36).

CONCLUSIONES

La adolescencia es un periodo de cambios continuos y de búsqueda de identidad donde el entorno y las relaciones familiares y sociales generan conflictos. El periodo de mayor inestabilidad se produce entre la infancia tardía y la adolescencia temprana, siendo cada vez más frecuentes los problemas relacionados con la SM.

Según la OMS la depresión es una de las patologías más prevalentes y es diagnosticada cada vez con mayor frecuencia en la población infanto-juvenil. Tanto el origen como las manifestaciones son de carácter multifactorial. Están implicados factores psicológicos (gestión de emociones), biológicos (edad, sexo), familiares (antecedentes de trastorno mental o de TDM) y sociales (bullying, nivel socio cultural). Estos factores influyen en la prevención, diagnóstico y tratamiento.

La literatura ha demostrado que la depresión es un predictor importante del riesgo de suicidio e influye en la aparición de pensamientos y actitudes relacionados directamente con la muerte. Además, son varios autores los que argumentan la existencia de una relación entre haber sufrido acoso escolar y padecer depresión e ideación suicida, siendo este último un problema de salud pública a nivel global.

La prevención de síntomas depresivos y del suicidio requieren de una intervención temprana. AP es la puerta de acceso de los adolescentes al sistema sanitario y aunque el personal está capacitado para poder identificar e iniciar el manejo de la depresión, es necesaria una buena coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (AP-Atención especializada-centro escolar).

La promoción y prevención, no se limita únicamente al ámbito sanitario, sino que debe haber una participación intersectorial (familia, centro escolar y comunidad). El entorno escolar tiene un gran poder de influencia sobre el adolescente por las relaciones entre iguales. Es por ello, que tanto la OMS como las GPC nacionales se centran en la importancia y desarrollo de estrategias de prevención del suicidio en el ámbito escolar, actuando sobre los factores de riesgo y los factores protectores con la implementación de programas escolares.

Esto comienza por una mayor comprensión de la epidemiología del problema, así como

de los costes. Es necesario un mayor número de programas y políticas encaminadas a esta tarea, e implicación a nivel europeo.

Es importante hacer hincapié en la financiación de la investigación, la dotación de recursos humanos y materiales, la accesibilidad y calidad de la red de SM y suprimir las des-

igualdades a nivel asistencial entre los diferentes países europeos.

Por último, cabe destacar que es necesaria la implementación de intervenciones basadas en la evidencia, teniendo como referencia el contexto escolar como marco estructural para la colaboración entre los diferentes sectores en la promoción del bienestar mental, prevención y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. EU joint action on mental health and wellbeing. Mental Health and Schools. Situation analysis and recommendations for action.[Internet]. 2017. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_mh_schools_en.pdf
2. Weersing VR, Jeffreys M, Do MT, Schwartz KT, Bolano C. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2017;46(1):11-43.
3. Servili C. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP [Internet]. Ginebra: En Rey JM; 2018. J.5 Organización y prestación de servicios de salud mental infantil y adolescente. [citado 14 nov 2020]; 1-16. Disponible en: <https://iacapap.org/content/uploads/J.5-Entrega-de-Servicios-Spanish-2018.pdf>.
4. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017 Feb;51:30-47.
5. Amaral A, Uchoa Sampaio J, Ney Matos F, Pocinho M, Fernandes de Mesquita R, Sousa L. Depresión e ideación suicida en la adolescencia: implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enfermería Global.* 2020;19(3):1-35.
6. Moreno Poza E. Abordaje comunicativo del personal de enfermería ante la muerte: Un estudio fenomenológico. [TFG]. Universidad de Jaén; 2015.
7. Navarro Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud.* 2017;(28):25-31.
8. Confederación Salud Mental España. Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental 2019. Madrid; 2020.
9. Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP [Internet]. Ginebra: En Rey JM; 2017. E.1 Depresión en niños y adolescentes. [citado 14 nov 2020]; 1-41. Disponible en: <https://iacapap.org/content/uploads/E.1-Depresión-C3%B3n-Spanish-2017.pdf>.
10. Espinosa-Fernández L, García-López L, Muela Martínez J. Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: Panorama actual, recursos y propuestas. *Revista de Estudios De Juventud.* 2018;(121).

11. Arias Cruz C. Informes, hojas de ruta y normativas de la Comunidad Europea en relación a la promoción de la salud mental y bienestar en niños y adolescentes. Una revisión bibliográfica [Grado en psicología]. Universidad de Jaén; 2017.
12. Consejería de Sanidad. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/Plan+de+Salud+Mental+del+Principado+de+Asturias+2015+++2020.pdf/81ec0129-5365-a96c-94cb-c541bfc618b8>
13. Zuckerbrot R, Cheung A, Jensen P, Stein R, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *PEDIATRICS*. 2007;120(5):1299-1312.
14. Nelson W, Kliegman R, Geme J. Nelson Tratado de pediatría. 21st ed. Barcelona: Elsevier; 2020.
15. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2018.
16. CIE 10- ES Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.ª Revisión Modificación Clínica. 2nd ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría General Técnica; 2018.
17. Herskovic V, Matamala M. Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2020;31(2):183-187.
18. Grupo de Estudio del Adolescente. Guía de Atención al Adolescente. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria; 2015. Disponible en: <https://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>
19. Hopkins K, Crosland P, Elliott N, Bewley S. Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2015;(350):31-32.
20. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf
21. Ysern Gonzalez L. Relación entre la inteligencia emocional, recursos y problemas psicológicos, en la infancia y adolescencia [Doctorado]. Universitat de Valencia; 2016.
22. Quintana Calderon E. El papel de enfermería en la depresión mayor. [Grado en enfermería]. Universidad de Cantabria. 2017
23. Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev Fac Med*. 2017;60(5):8-9.
24. Teixeira LA, Freitas RJM, Moura NA, Monteiro ARM. Mental health needs of adolescents and the nursing cares: integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [Consultado 12 Nov 2020]; 29:e20180424. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0424>
25. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in children and young people overview [Internet]. 2020. Disponible en: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/depression-in-children-and-young-people>
26. Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International, Inc. 11th ed. Barcelona: Elsevier España; 2017.
27. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6th ed. Elsevier; 2018.
28. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7th ed. Elsevier; 2018.
29. Observatorio del Suicidio en España 2018. [Internet]. Prevención del suicidio. 2018 [cited 12 November 2020]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/>
30. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*. 2017;28(1):25-31.
31. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*. 2016;3(1):9-18.
32. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2018 [citado 9 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6181&capsel=6182>
33. Azúa Fuentes E, Rojas Carvallo P, Ruiz Pobleto S. Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio. *Rev Chil Pediatr*. 2020;(91):3.
34. O'Loughlin K, Althoff RR, Hudziak JJ. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP [Internet]. Ginebra: En Rey JM; 2018. A.14 Promoción y prevención en salud mental infantil y adolescente. [citado 14 nov 2020]; 1-28. Disponible en: <https://iacapap.org/content/uploads/A.14-Prevenci%C3%B3n-Spanish-2018.pdf>
35. Patalay P, Giese L, Stankovic M. Mental health provision in schools: priority, facilitators and barriers in 10 European countries. *Child Adolesc Ment Health*. 2016;21(3):139-147.
36. Wasserman, D., Hoven, C., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., et al. 2015. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977):1536-1544.

ANEXOS**Anexo 1. Beck Depression Inventory**

Formado por 21 ítems cada uno de ellos con 4 posibles opciones sobre su estado de ánimo en las últimas dos semanas. La puntuación varía de 0-63 puntos.

- Depresión leve: 14-19 puntos.
- Depresión moderada: 20-28 puntos.
- Depresión grave: 29-63 puntos.

ITEM - 1

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
- Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

ITEM - 2

- No me siento especialmente desanimado ante el futuro
- Me siento desanimado con respecto al futuro
- No tengo esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
- No tengo esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

ITEM - 3

- No me considero un fracasado
- Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
- Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
- Creo que soy un fracaso absoluto como persona

ITEM - 4

- No estoy especialmente insatisfecho
- No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo
- Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo

ITEM - 5

- No me siento culpable
- Me siento culpable una buena parte del tiempo
- Me siento bastante culpable casi siempre
- Me siento culpable siempre

ITEM - 6

- No creo que esté siendo castigado
- Creo que puedo ser castigado
- Espero ser castigado
- Creo que estoy siendo castigado

ITEM - 7

- No me siento decepcionado de mí mismo
- Me he decepcionado a mí mismo
- Estoy asqueado de mi mismo
- Me odio

ITEM - 8

- No creo ser peor que los demás
- Me critico bastante por mis debilidades o errores
- Me culpo siempre por mis errores
- Me culpo por todo lo malo que sucede

ITEM - 9

- No tengo pensamientos de hacerme daño
- Pienso en matarme, pero no lo haría
- Me gustaría matarme
- Me mataría si tuviera la oportunidad

ITEM - 10

- No lloro más que de lo habitual
- Ahora lloro más de lo habitual
- Ahora lloro todo el tiempo
- Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera

ITEM - 11

- No estoy más irritable de lo normal
- Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
- Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo
- Ahora me siento irritado todo el tiempo

ITEM - 12

- No he perdido el interés por otras personas
- Estoy menos interesado en otras personas que antes
- He perdido casi todo mi interés por las personas
- He perdido todo mi interés por las personas

ITEM - 13

- Tomo decisiones como siempre
- Postergo las decisiones más que de costumbre
- Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
- Ya no puedo tomar decisiones

ITEM - 14

- No creo que mi aspecto sea peor que antes
- Me preocupa el hecho de parecer viejo, sin atractivo
- Siento que hay cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- Creo que soy feo

ITEM - 15

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
- Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en absoluto

ITEM - 16

- Puedo dormir tan bien como antes
- No duermo tan bien como antes
- Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme
- Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme

ITEM - 17

- No me canso más que antes
- Me canso más fácilmente que antes
- Me canso sin hacer casi nada
- Estoy demasiado cansado para hacer algo

ITEM - 18

- Mi apetito no es peor que antes
- Mi apetito no es tan bueno como solía ser antes
- Mi apetito está mucho peor ahora
- Ya no tengo apetito

ITEM - 19

- No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente
- He perdido más de dos kilos y medio
- He perdido más de cinco kilos
- He perdido más de siete kilos y medio

ITEM - 20

- No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo dolores, molestias estomacales o estreñimiento
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa

ITEM - 21

- No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
- Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
- He perdido por completo el interés por el sexo

Anexo 2. Hamilton Rating Scale for Depression

Formado por 21 ítems. Cada punto consta de entre tres (puntuación de 0 a 2) y cinco respuestas (puntuación de 0-4) con una puntuación total de 0 -52.

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligeramente retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

Según la NICE, los puntos de corte son:

- No deprimido: 0-7.
- Depresión ligera/menor: 8-13.
- Depresión moderada: 14-18.
- Depresión severa: 19-22.
- Depresión muy severa: >23.

Anexo 3. Montgomery Asberg Depression Rating Scale

Formado por 10 ítems. De cada pregunta el entrevistador deberá elegir una de las opciones descritas en los niveles 0, 2, 4, 6, o las opciones situadas entre las anteriores (1, 3, 5).

Puntos de corte:

- No depresión: 0-6.
- Depresión leve: 7-19.
- Depresión moderada: 20-34.
- Depresión grave: 35-60.

Ítems	Criterios operativos de valoración
<p>1. Tristeza observada</p> <p>Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p>0. Sin tristeza</p> <p>1.</p> <p>2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo</p> <p>5.</p> <p>6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente</p> <p>Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p>0. Tristeza esporádica según las circunstancias</p> <p>1.</p> <p>2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas</p> <p>5.</p> <p>6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>
<p>3. Tensión interna</p> <p>Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera</p> <p>1.</p> <p>2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad</p> <p>5.</p> <p>6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>
<p>4. Sueño reducido</p> <p>Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p>0. Duerme como siempre</p> <p>1.</p> <p>2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado</p> <p>3.</p> <p>4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h</p> <p>5.</p> <p>6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>

<p>5. Apetito reducido</p> <p>Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p>0. Apetito normal o aumentado</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Apetito ligeramente reducido 3. 4. Sin apetito. La comida es insípida 5. 6. Necesita persuasión para comer algo
<p>6. Dificultades para concentrarse</p> <p>Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<p>0. Ninguna dificultad para concentrarse</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad
<p>7. Lasitud</p> <p>Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda
<p>8. Incapacidad para sentir</p> <p>Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<p>0. Interés normal por el entorno y por otras personas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos
<p>9. Pensamientos pesimistas</p> <p>Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<p>0. Sin pensamientos pesimistas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables
<p>10. Pensamientos suicidas</p> <p>Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p>	<p>0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio

Anexo 4. Brief Patient Health Questionnaire

- *Depresión mayor*: al menos 5 ítems puntuados como "más de la mitad de los días" o "casi todos los días", y al menos uno de los ítems positivos corresponde al 1 ó 2.
- *Depresión menor*: al menos 2-4 ítems puntuados como "más de la mitad de los días" o "casi todos los días", Y al menos uno de los ítems positivos corresponde al 1 ó 2.
- Tras sumar la puntuación:
 - ≤ 4 puntos: no necesita tratamiento.
 - 5- 14 puntos: tratamiento según síntomas y deterioro funcional.
 - ≥ 15 puntos: tratamiento con fármacos antidepresivos y psicoterapia o una combinación de ambas.

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "☐" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil