



Universidad
de La Laguna

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA PALMA Y SU CALIDAD DE VIDA

Autora: Laura Sánchez Hernández

Tutor: Gerson Reyes Abreu

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO	
Adolescencia.....	3
Características generales.....	3
Adolescencia y desarrollo de trastornos mentales.....	4
Depresión.....	5
Clasificación.....	5
Trastornos bipolares.....	6
Trastornos depresivos.....	6
Factores de riesgo.....	8
Depresión y adolescencia.....	9
Prevalencia en población general y adolescentes.....	10
METODOLOGÍA	
Variables.....	12
Población y muestra.....	12
Instrumentos de medida.....	15
Método de recolección de datos.....	17
Logística.....	19
CONCLUSIÓN.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21
Bibliografía consultada.....	24
ANEXOS	
Anexo 1.....	26
Anexo 2.....	28
Anexo 3.....	31
Anexo 4.....	33
Anexo 5.....	40

RESUMEN

La depresión es una de las enfermedades mentales con más prevalencia en la población adolescente, tanto en España como a nivel mundial. Su influencia en la calidad de vida de los que la sufren es muy negativa y, a la larga, puede provocar enfermedades físicas y/u otras enfermedades mentales, dada su gran comorbilidad. La función de la enfermería de Salud Mental es clave para que su desarrollo no sea tan negativo y para asegurar una buena adherencia al tratamiento pautado, así como para seguir más de cerca su evolución.

En la isla de La Palma, no se ha hecho ningún estudio analizando ni la presencia de depresión en los adolescentes, ni lo que provoca en su calidad de vida. Por esa razón se ha decidido realizar este proyecto, teniendo como población a los adolescentes de la isla que tengan entre 12 y 18 años y que estén cursando estudios de Educación Secundaria Obligatoria o de Bachillerato. Se van a utilizar el Inventario de Depresión Infantil, el Brief Patient Health Questionnaire y el Kidscreen 52 para determinar la presencia de depresión y la influencia que ésta tiene en la calidad de vida de los adolescentes.

Palabras clave: depresión, adolescencia, estudiantes, calidad de vida, enfermería.

ABSTRACT

Depression is one of the mental diseases with the biggest prevalence among adolescents, both in Spain and in the world. Its influence on the quality of life of those who suffer it is very negative and, in the long run, it can cause physical illnesses and / or other mental illnesses, given its high comorbidity. The role of the nurses specialized in Mental Health is key so that its development is not so negative and to ensure a good adherence to the prescribed treatment, as well as to follow more closely its evolution.

In La Palma, no study has been done analyzing the presence of depression in adolescents, or what it causes in their quality of life. For this reason, we have decided to carry out this project, having as a population the adolescents of the island who are between 12 and 18 years old and who are studying Educación Secundaria Obligatoria or Bachillerato. The Children's Depression Inventory, the Brief Patient Health Questionnaire and the Kidscreen 52 will be used to determine the presence of depression and the influence it has on the quality of life of adolescents.

Key words: depression, adolescence, students, quality of life, nursing.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un tema que últimamente está cobrando mucha importancia, tanto en el ámbito sanitario como en los ciudadanos de a pie. Esto puede ser debido al aumento a nivel mundial que ha habido en los últimos años de la presencia de enfermedades mentales, sobre todo los trastornos afectivos y los trastornos de ansiedad. Para las enfermedades mentales, el diagnóstico temprano es clave para la disminución de las comorbilidades y la gravedad de los trastornos. Para ese diagnóstico precoz es vital la acción de la atención primaria, pero para que ésta funcione como es debido, primero debemos establecer la población objetivo a la que estaría dirigida.

Según estudios realizados en varios países, la prevalencia de estos trastornos es bastante alta en adolescentes y adultos jóvenes. También, en el caso de los adolescentes, los síntomas de estos trastornos son a menudo ignorados porque se piensa que son “cosas de la edad”.

Por otro lado, en un estudio realizado en México, se estableció que aproximadamente un tercio de las personas que han sufrido depresión alguna vez en su vida ha sido antes de los 18 años. Dato preocupante, puesto que de no tratar este trastorno correctamente cuando se establece en la adolescencia, se extiende a la edad adulta y afecta gravemente a la salud física y mental, lo que convierte a la depresión una de las principales causas mundiales de discapacidad. La Organización Mundial de la Salud estableció en el 2015 que un 4.4% de la población mundial sufría de depresión, número que aumentó en 18,4% entre el 2005 y el 2015. Este porcentaje podría parecer bajo, pero cuando se traduce a número de personas, se transforma en 292 millones de personas que sufren este trastorno, y en un aumento de 54 millones de ellas en diez años.

Otra de las razones por las que creo importante la realización de este estudio es que la mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan. Al no ser diagnosticados ni tratados, los trastornos mentales, en especial los depresivos, tienden a evolucionar negativamente, afectando gravemente a su calidad de vida, sumándose también pensamientos autolíticos, drogadicción y comportamientos de riesgo. La Organización Mundial de la Salud ha establecido que el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años, lo que demuestra lo peligroso que puede llegar a ser.

Por estos motivos he decidido centrar mi atención en este tema, puesto que en La Palma no se ha realizado ningún estudio de este tipo y, en el caso de todo el territorio nacional, hay muy poca bibliografía y la poca que hay no cuenta con datos actualizados. Por ello, no tenemos ninguna información de cuál es el estado de la salud mental en la población adolescente ni de la isla ni del país, ni de cómo afecta la enfermedad a su calidad de vida.

Para la realización de este proyecto se han utilizado varios buscadores bibliográficos, como pueden ser ScienceDirect, Scielo, PubMed, Medline, Redalyc y PuntoQ.

MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA:

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce entre la niñez y la edad adulta, que se inicia con los cambios puberales y que está caracterizada por importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales, muchos de los cuales son generadores de conflictos, contradicciones y crisis. La adolescencia es una de las etapas más difíciles en la vida de una persona joven porque se producen muchos cambios a medida que el individuo intenta formar una identidad firme y una mayor independencia psicológica y social. Los determinantes biológicos que indican la presencia de la adolescencia son mayoritariamente universales, sin embargo, las características de la misma y su duración pueden variar en función de la cultura, la situación socioeconómica y el entorno físico. ⁽¹⁻³⁾

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA:

Si quitamos esas influencias sociales, culturales y étnicas que hacen que las características de la adolescencia varíen, obtendríamos sus características universales, que son:

- Crecimiento físico, que se determina por aumento de peso, estatura y cambios en la forma y dimensiones corporales.
- Aumento de la masa y fuerza muscular, más notorio en los varones.
- Torpeza motora, incoordinación, fatiga y trastornos del sueño.
- Desarrollo sexual: maduración de los órganos sexuales, aparición de los caracteres sexuales secundarios e inicio de la capacidad reproductiva.
- Comportamientos y características psicosociales:
 - o Necesidad de independencia. Búsqueda de sí mismos y de su identidad.
 - o Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
 - o Tendencia grupal
 - o Desarrollo de la identidad sexual con manifestaciones y conductas sexuales.
 - o Relaciones conflictivas con los padres.
 - o Actitud social reivindicativa, se hacen más críticos con lo que los rodea.
 - o Cambios bruscos en su conducta y fluctuaciones constantes del estado anímico.
 - o Necesidad de la formulación de un proyecto de vida ⁽¹⁾

Es difícil establecer con exactitud el intervalo de edad en el que ocurre la adolescencia, sin embargo, el período más aceptado es aquel entre los 10 y los 19 años. En esta etapa se dan dos fases en las que se producen cambios diferentes: la adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años).⁽²⁾

Adolescencia Temprana:

Esta etapa se da entre los 10 y los 14 años y está caracterizada por el inicio de los cambios puberales, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y el crecimiento y desarrollo somático acelerado. También empiezan a aparecer la torpeza motora, excesiva preocupación por los cambios físicos, marcada curiosidad sexual y búsqueda de autonomía e independencia. Por esto último, se dan conflictos con la familia, maestros, etc. y son frecuentes los cambios bruscos de conducta.

Adolescencia Tardía:

En esta fase, que se da de los 15 a los 19 años, gran parte del crecimiento y desarrollo ya han terminado, se ha conseguido un mayor control de los impulsos y el adolescente ha formado una identidad más madura, éste ya está capacitado para tomar decisiones importantes sobre su vida.⁽¹⁾

ADOLESCENCIA Y DESARROLLO DE TRASTORNOS MENTALES:

A parte de la maduración física y sexual, los cambios que se dan en la adolescencia tienen también como objetivo la independencia social y económica, la obtención de aptitudes necesarias para establecer relaciones, el asumir funciones adultas, el desarrollo de la identidad y la capacidad de razonamiento abstracto. Es precisamente porque se dan estos cambios en esta etapa, que los adolescentes son tan vulnerables a desarrollar trastornos mentales, porque su personalidad, identidad, relaciones y mecanismos de defensa se están formando.⁽²⁾

DEPRESIÓN:

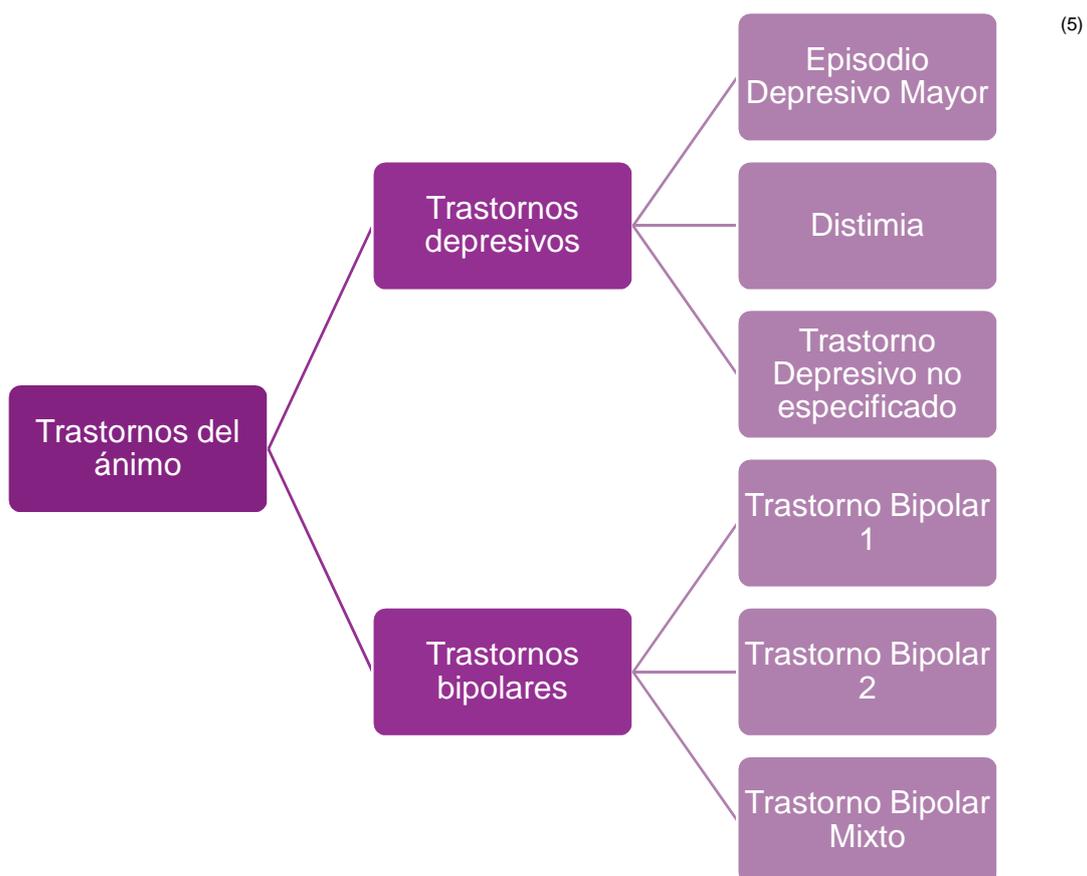
La depresión es una enfermedad crónica y episódica ⁽⁴⁾, lo que significa que suele presentarse en forma de episodios de sintomatología depresiva, seguidos de episodios de recuperación, ya sea completa o parcial. Después de ésta, se suele repetir la sintomatología depresiva, lo que también la convierte en una enfermedad recurrente. ⁽⁵⁾

Esta sintomatología depresiva está caracterizada por una alteración del humor, que se asocia a malestar y discapacidad, ya que provoca alteraciones en el apetito y el sueño, dificultades cognitivas y afecta a las Actividades de la Vida Diaria (AVD). ⁽⁶⁾

Los trastornos depresivos afectan principalmente en una dimensión interna, sus síntomas se expresan de forma más personal, por ello se consideran trastornos “internalizantes”. ⁽⁵⁾

TRASTORNOS DEL ÁNIMO:

La depresión es una enfermedad mental que está clasificada dentro de los llamados Trastornos del Ánimo, cuyos diferentes trastornos se exponen en el siguiente esquema.



(Fuente: Elaboración propia)

TRASTORNOS BIPOLARES:

Los trastornos bipolares son trastornos fásicos, en los que el ánimo del paciente se alterna entre episodios de manía y episodios depresivos. Su grado intensidad puede variar, desde formas leves a las severas de tipo psicótico.

El estado maníaco está caracterizado por la exaltación del ánimo que, dependiendo de su gravedad, podría considerarse maníaco o hipomaníaco. En adolescentes esta exaltación puede manifestarse de forma expansiva o irritable, además puede estar acompañada de elevada autoestima o grandiosidad, reducción de la necesidad de dormir, verborrea, agitación psicomotora, distractibilidad, arrebatos de ira, involucración en actividades de alto riesgo, episodios de desestructuración, ideas delirantes o paranoideas y confusión.

Para el diagnóstico del trastorno bipolar en niños y adolescentes, este comportamiento debería tener una duración mínima de una semana, pudiéndose extender bastante en el tiempo. Existen tres tipos de trastornos bipolares, según su intensidad y su correlación con episodios depresivos:

- Trastorno Bipolar 1: se da un episodio maníaco único.
- Trastorno Bipolar 2: no tiene episodios de manía, se da uno o más episodios de depresión mayor y al menos uno de hipomanía.
- Trastorno Bipolar Mixto: se dan conjuntamente síntomas maníacos y depresivos con una duración mínima de una semana. ⁽⁵⁾

TRASTORNOS DEPRESIVOS:

El Episodio Depresivo Mayor (EDM) se define como un trastorno grave del ánimo, depresivo o irritable, durante el día o en la mayor parte de él, por un mínimo de dos semanas. Suele tener un curso episódico, con remisión total o parcial entre episodios. En el caso de que se de en niños o adolescentes, alteran su desarrollo normal, generando problemas permanentes en sus funciones sociales, escolares y emocionales.

Por otro lado, la Distimia es también un trastorno del ánimo, disfórico o depresivo, pero es menos intenso que el EDM. Su duración, por el contrario, es mucho más larga, de al menos un año, lo que la hace un trastorno crónico. Su desarrollo es frecuente desde edades tempranas y provoca también trastornos en el desarrollo. ⁽⁵⁾

El Trastorno Depresivo no especificado se da cuando existen síntomas depresivos, pero no se cumplen todos los requisitos para diagnosticar EDM o Disitimia. Según la Asociación Americana de Psiquiatría, dichos criterios son la presencia de humor disfórico más, al menos 4 de los siguientes síntomas:

- Alteraciones del apetito: mal apetito y pérdida de peso o aumento del apetito con ganancia de peso.
- Trastornos del sueño: dificultad para dormir o exceso de sueño
- Falta de energía
- Agitación psicomotora o retardo
- Pérdida de interés de actividades habituales
- Aumento del sentimiento de culpa o autodesprecio
- Disminución de la capacidad de concentración
- Pensamientos reiterados sobre la muerte o ideas suicidas. ⁽⁵⁾

Éstos están más extensamente descritos en la siguiente tabla perteneciente al DSM-5, que es la quinta actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo: al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p>

(7)

FACTORES DE RIESGO:

En cuanto a las causas y factores de riesgo de desarrollar algún trastorno depresivo, no existe mucho consenso en los estudios realizados. Algunos subrayan factores individuales, como la carga genética, accidentes vasculares o traumatismos psíquicos, y otros identifican factores psicosociales, como eventos de vida, crisis económicas y políticas, etc. ⁽⁶⁾ Sin embargo, la mayoría de artículos señalan que determinar las causas de los trastornos depresivos es complejo, ya que su desarrollo es multifactorial y en la mayoría de casos es difícil diferenciar los factores que influyen en el establecimiento de la enfermedad. Aun así, se ha logrado clasificar los posibles factores de riesgo de los trastornos depresivos en factores personales y sociales, cognitivos y familiares.

Factores personales y sociales:

El factor más destacable aquí sería el sexo del paciente, puesto que está demostrado que estos trastornos tienen más incidencia en mujeres que en hombres y, aunque sea una causa importante de discapacidad para ambos sexos, se estima que es un 50% mayor en mujeres.

Por otro lado, las enfermedades crónicas de cualquier etiología son también un factor de riesgo importante, así como su asociación con el consumo de tabaco y alcohol.

Como factores sociales destacan las circunstancias laborales y el bajo nivel económico.

Factores cognitivos:

La reactividad cognitiva hacia eventos negativos y los déficits atencionales son los factores cognitivos más destacables. También, los problemas en algunos de los procesos que influyen en el procesamiento de la información, como pueden ser los pensamientos automáticos, los esquemas negativos, las creencias disfuncionales y las distorsiones cognitivas, influyen en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

Factores familiares:

Las personas que tengan familiares con depresión o que alguno de sus progenitores tenga o haya tenido depresión, son un grupo de riesgo importante para sufrir enfermedades mentales, y más concretamente para los trastornos depresivos. ^(7,8)

DEPRESIÓN Y ADOLESCENCIA:

Cuando las enfermedades mentales aparecen en la adolescencia generan más carga de enfermedad, ya que tienen más tendencia a ser crónicas y su pronóstico suele ser peor que cuando aparecen en la edad adulta. Esto es debido a que cuando se desarrollan en esta edad existe mayor riesgo de suicidio, más conductas de riesgo, problemas en las áreas interpersonal y familiar, y, sobre todo, mayor riesgo de comorbilidades. ⁽⁹⁾ Esto último se demuestra en varios estudios realizados en personas que padecieron algún trastorno depresivo en la niñez o en la adolescencia y cuyos resultados exponen que estas personas tienen mayor probabilidad de desarrollar fobia social, agorafobia, trastorno disocial y dependencia a drogas y alcohol. ⁽⁶⁾

En relación a la aparición de trastornos depresivos en la adolescencia, existen factores de riesgo diferentes, puesto que es en este periodo donde se desarrolla la personalidad y las técnicas de afrontamiento contra los acontecimientos negativos. Dentro de estos factores de riesgo se encuentran:

- Factores psicológicos: alta autocrítica, déficit en las habilidades sociales, baja autoestima, ausencia de control sobre situaciones negativas, distorsiones cognitivas y desesperanza.
- Características de la propia adolescencia: estado emocional inestable, empleo mecanismos de defensa inadecuados, no saber manejar de forma apropiada los cambios, resolución de conflictos deficiente, etc. ⁽⁴⁾

La sintomatología depresiva que se presenta en los adolescentes varía en la que se ve en los adultos, los primeros la perciben de una manera mucho más aumentada, puesto que los adolescentes viven en situaciones extremas, del todo o nada. ⁽⁴⁾ Una característica de esta sintomatología en los jóvenes es que se suele confundir con las conductas “típicas” de la adolescencia, lo que hace más complicado su diagnóstico. Los criterios diagnósticos de depresión que más se parecen a estas conductas “típicas” son el ánimo disfórico y las conductas disfuncionales. El ánimo disfórico se expresaría en forma de: apatía, irritabilidad, sentimiento de incapacidad y apariencia triste. Por otro lado, las conductas disfuncionales se manifestarían de la siguiente manera: somatizaciones, ansiedad, anhedonia, inquietud, letargo, problemas de conducta, trastornos del apetito, sentimientos de culpa, trastornos del sueño, ideación de muerte o suicidio y trastornos de concentración. ⁽⁵⁾

PREVALENCIA EN POBLACIÓN GENERAL Y ADOLESCENTES:

Los datos de prevalencia de trastornos depresivos que se han obtenido con los diversos estudios realizados a lo largo de los años varían mucho entre ellos, aun tomando de referencia la misma población. Esto se debe a las diferencias en la metodología, los instrumentos de medida, los criterios diagnósticos, el tipo de informante, etc. ⁽¹⁰⁾ Estas diferencias, por muy pocas que sean, hacen los estudios o artículos esencialmente diferentes entre sí y, en consecuencia, sus resultados.

Datos internacionales:

La Organización Mundial de la Salud estableció en el 2005 que la prevalencia de depresión en adolescentes entre 12 y 17 años era de 4% y en el 2015, que un 4.4% de la población mundial sufría de depresión. ⁽¹¹⁾

Si revisamos algunos estudios realizados desde el año 2000 hasta ahora, podremos observar los siguientes datos de prevalencia de depresión:

- Europa:
 - o En el año 2000, Essau, Conradt y Petterman tomaron como muestra a estudiantes de entre 12 y 17 años de 36 escuelas de Bremen, Alemania. Obtuvieron como resultado una prevalencia de 17.9% ⁽¹²⁾
 - o 6 años después, Costello, Erkanli y Angold encontraron, revisando estudios realizados con anterioridad, que entre adolescentes británicos de entre 13 y 18 años la prevalencia es de 5.6%. ⁽¹³⁾
 - o En Finlandia, Fröjd et al. establecieron en el 2008 que un 15% de los estudiantes de edades comprendidas entre 13 y 17 años sufrían depresión. ⁽¹⁴⁾
 - o En el año 2010 se realizó en Grecia un estudio que tenía como muestra a estudiantes Atenienses de entre 15 y 18 años. ^(15,10)
- Latinoamérica:
 - o En 2005 se llevó a cabo una encuesta de salud mental en adolescentes de la Ciudad de México, donde se estableció que la prevalencia es de 4.8%. ⁽⁶⁾
 - o En Chile se estableció en el año 2010 una prevalencia del 5.9% en adolescentes de entre 12 y 18 años. ⁽¹⁶⁾
 - o También en ese mismo año en Colombia se realizó un estudio a nivel estatal a adolescentes de entre 13 y 17 años, con unos resultados parecidos, 5.3% para cualquier trastorno afectivo y 5% para el EDM. ⁽¹⁷⁾

Datos españoles:

En cuanto a datos españoles, se ha encontrado poca bibliografía sobre la prevalencia de depresión, tanto en población general como en adolescentes.

En los estudios realizados a la población general se han encontrado resultados dispares, desde el 3.9% establecido por Haro et al. en el 2006 ⁽¹⁸⁾, el 9.6% determinado por Serrano-Blanco et al. en el 2010 ⁽¹⁹⁾, el 4.8% establecido por Calderón et al. en el año 2013 ⁽²⁰⁾, hasta el 37.4% encontrado en población universitaria ese mismo año por Arrieta, Díaz y González. ⁽¹⁸⁾

En la población menor de edad, también se han obtenido resultados de la prevalencia de depresión bastante distintos entre sí. Por orden cronológico, los datos serían los siguientes:

- En el año 1994, Del Barrio, Frías y Mestre encontraron un 8.2% de prevalencia en niños de entre 8 y 12 años. ⁽¹⁸⁾
- Un año después, Canals, Martí-Henneberg y Domènech determinaron una prevalencia de 2.3% en adolescentes de 13 y 14 años, y un 3.4% en aquellos de 18 años. ⁽¹⁰⁾
- Domènech-Llaberia, Subirà y Cuxart establecieron un 4.2% en el intervalo de 13 a 15 en el año 1996. ⁽¹⁸⁾
- En el 2000 se estableció la prevalencia en niños de 10 a 13 años, de 14.4%, y en adolescentes de 14 a 18 años, de 19.5%, a través del estudio conducido por Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil.
- Cinco años después, Escribá et al. determinaron que un 10.3% de los adolescentes de 12 a 16 años tenían sintomatología depresiva.
- El dato de prevalencia de depresión en adolescentes más alto que se ha hallado en la bibliografía encontrada es el 22.5% establecido en el 2012 por Sanchís y Simón en adolescentes de 14 a 18 años.
- Por último, el dato más reciente es del estudio de Jaureguiza, Bernaras, Soroa, Sarasa y Garaigordobil en el año 2015. En éste, se estableció que un 3.8% de los adolescentes de 12 a 16 años presentaban una sintomatología depresiva grave. ⁽¹⁰⁾

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal.

Los objetivos que se pretenden lograr con este estudio son variados:

- Objetivo principal: Conocer cómo afecta la depresión a la calidad de vida de los adolescentes.
- Objetivos secundarios:
 - o Determinar el número de adolescentes de La Palma con algún trastorno depresivo.
 - o Conocer el estado de la salud mental de los adolescentes de La Palma.
 - o Determinar la prevalencia de depresión según edad.
 - o Saber dónde centrar la atención de la salud mental.
 - o Establecer unos datos base sobre la salud mental en la isla.
 - o Favorecer la adherencia al tratamiento.

VARIABLES:

- Variables Sociodemográficas:
 - o Sexo, variable cualitativa con 2 opciones de respuesta (hombre/mujer).
 - o Edad, variable cuantitativa que se expresará en años.
 - o Municipio de residencia, variable cualitativa con 14 opciones de respuesta.
- Variable de Diagnosticados de Depresión (Cuantitativa).
- Variable de Grado de Calidad de Vida (Cuantitativa).

POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población en la que se basaría el proyecto sería los adolescentes, de entre 12 y 18 años, que residan en la isla de La Palma y que estén cursando estudios de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) o Bachillerato en algún instituto.

Los criterios de inclusión para realizar este estudio son los siguientes:

- Tener entre 12 y 18 años
- Residir en La Palma
- Estar cursando la ESO o Bachillerato

Por otra parte, los criterios de exclusión serían los siguientes:

- No entrar en el rango de edad.
- Vivir en La Palma de forma provisional (intercambios, hijos de padres a los que reubican por trabajo con frecuencia, etc.)
- Estar dentro del rango de edad, pero no estar en los cursos indicados.
- Tener previamente diagnosticada otra enfermedad mental que no sea depresión.
- Los hijos de aquellos padres que no acudan a la reunión informativa.
- Aquellos adolescentes cuyos padres se nieguen a que su hijo participe en el estudio.

Para obtener los datos de la población se recurre al Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Se busca la población del rango de edad en el año 2019, pero no existen esos datos todavía, es por esto que se busca dicha información del año 2018, modificando los parámetros de búsqueda a población de 11 a 17 años, para que concuerde con el rango de edad que se busca. Dichos datos y su correspondencia en el 2019 serían los siguientes: ⁽²¹⁾

EDAD EN 2018	EDAD EN 2019	Nº DE PERSONAS
11	12	754
12	13	740
13	14	745
14	15	761
15	16	800
16	17	815
17	18	793
Total		5408

Ya teniendo los datos del número de adolescentes de entre 12 y 18 años en La Palma, se procede a buscar dicha información, pero distribuida por municipios. Solo se encuentran datos del año 2011, con lo cual no están actualizados, pero se decide hacer una aproximación utilizando estos datos ⁽²²⁾, los datos de la población total de La Palma por municipios en 2011 y los datos de la población total de la isla por municipios en 2018. ⁽²³⁾ Se calcula el porcentaje de población con las edades indicadas en el año 2011 en cada municipio y se aplica dicho porcentaje a la población del año 2018, obteniendo así la cantidad de adolescentes del rango de edad distribuidos por municipios ^(Anexo 1). Teniendo estos datos, se puede estimar el número de adolescentes de 12 a 18 años en el año 2019 distribuidos por municipios:

Municipio	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Barlovento	13	16	13	15	12	11	7
Breña Alta	80	68	68	52	75	65	60
Breña Baja	49	48	47	68	59	58	56
Fuencaliente	12	13	12	14	15	20	16
Garafía	6	5	12	11	8	8	11
Los Llanos de Aridane	199	201	193	215	194	203	219
El Paso	66	65	81	77	81	67	69
Puntagorda	16	26	18	17	19	15	10
Puntallana	23	18	19	25	20	19	16
San Andrés y Sauces	29	29	36	26	32	31	27
Santa Cruz de La Palma	135	145	145	138	157	158	164
Tazacorte	36	40	32	38	55	34	35
Tijarafe	28	16	35	18	28	16	26
Villa de Mazo	43	43	38	42	43	43	58

Con respecto a la muestra, ésta no está definida, puesto que depende de que los padres o tutores acepten la participación de los adolescentes en el estudio, los criterios de exclusión y en la probable disminución de la muestra entre la primera y la segunda encuesta.

Este estudio se va a realizar en 14 centros educativos de la isla de La Palma: nueve Institutos de Enseñanza Secundaria (IES), tres Centros de Educación Obligatoria (CEO) ⁽²⁴⁾ y dos Centros Privados de Educación Infantil, Primaria y Secundaria (CPEIPS) ⁽²⁵⁾.

Estos centros son los siguientes:

- CEO Barlovento
- IES Las Breñas en Breña Baja
- IES Eusebio Barreto, IES José M^a Pérez Pulido y CPEIPS Sagrada Familia en Los Llanos de Aridane
- IES El Paso
- IES Puntagorda
- IES Cándido Marante Expósito en San Andrés y Sauces
- IES Luis Cobiella Cuevas, IES Alonso Pérez Díaz y CPEIPS Santo Domingo de Guzmán en Santa Cruz de La Palma
- CEO Juan XXIII en Tazacorte
- CEO Tijarafe
- IES Villa de Mazo

Es importante destacar que en los CEO y CPEIPS la educación que se imparte solo llega hasta la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y que los CPEIPS que existen en la isla son de naturaleza concertada, no privada.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

Para este estudio se ha decidido utilizar dos escalas diferentes para determinar la presencia de síntomas depresivos en la población adolescente: el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y el Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Para la determinación de la calidad de vida se utilizará la encuesta de calidad de vida orientada a niños y adolescentes KIDSCREEN 52.

Inventario de Depresión Infantil ^(Anexo 2):

Este cuestionario (originalmente Children's Depression Inventory) fue creado en 1977 por Maria Kovacs, aunque su publicación oficial se retrasó hasta el año 1992, con la llegada de su versión modificada. El cuestionario que se va a utilizar en este estudio es la adaptación española del CDI, publicada en 2004, por del Barrio y Carrasco. ^(26, 27)

La población diana de este cuestionario es de 7 a 17 años y su duración es de entre 10 y 25 minutos. Se trata de un cuestionario autoadministrado, con 27 ítems, cada uno de los cuales responde a una escala de Likert de 3 niveles, donde 0 señala la "normalidad", 1 señala una "cierta intensidad" y 2 señala la "presencia inequívoca" de síntomas depresivos. 14 de las respuestas (1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26 y 27) puntúan 0, 1 y 2; las restantes puntúan inversamente, 2, 1 y 0. Se recomienda un punto de corte de 19 puntos para su uso como instrumento de screening y, en el caso de sujetos clínicos, uno de 12 puntos. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida en el cuestionario, también lo será la intensidad de la sintomatología depresiva. ⁽²⁶⁾

A la hora de la aplicación del cuestionario hay que tener ciertas consideraciones importantes para el correcto uso del mismo:

- Los datos identificativos (nombre, edad, sexo, etc.) se deben cumplimentar antes de la explicación de la prueba.
- Es importante explicar la finalidad del cuestionario y sus motivos, pero en ningún caso se debe utilizar la palabra depresión para hacerlo.
- Una vez se han repartido los cuestionarios, se deben leer en voz alta las instrucciones.
- Durante la aplicación de la prueba, se deben contestar todas las preguntas que puedan tener los adolescentes, evitando así cualquier error de interpretación que pueda provocar un sesgo en las respuestas. ⁽²⁷⁾

Brief Patient Health Questionnaire (Anexo 3):

El PHQ-9 es el módulo de depresión del PHQ, que es la versión autoadministrada del Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD). Está especialmente diseñado para Atención Primaria y ayuda a identificar pacientes con depresión, aunque en su uso en pacientes previamente diagnosticados puede ser utilizado para medir su gravedad o monitorizar la respuesta al tratamiento. (28,29)

Consta de nueve preguntas, que se corresponden con los nueve criterios de la Depresión Mayor del DSM-IV, y que determinan la presencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta, desde el 0 hasta el 3, correspondiéndose el 0 con "Nunca", el 1 con "Unos cuantos días", el 2 con "Más de la mitad de los días" y el 3 con "Todos o casi todos los días". (28, 30)

El método de puntuación cambia dependiendo de si se está utilizando para diagnosticar la depresión o para medir su gravedad para planificar y controlar el tratamiento. Los criterios de puntuación para el diagnóstico serían los siguientes:

- Depresión mayor si:
 - o 5 o más de los ítems son positivos, es decir, se contestaron al menos con "Más de la mitad de los días" y, en el caso del ítem 9, desde "Unos cuantos días".
 - o Y uno de los síntomas es ánimo depresivo o anhedonia (ítems 1 y 2).
- Depresión leve si:
 - o 2, 3 o 4 síntomas son positivos (puntuación 2) en las últimas dos semanas.
 - o Y uno de los síntomas es ánimo depresivo o anhedonia (ítems 1 y 2).
- Síntomas depresivos positivos: presencia de al menos uno o dos de los síntomas, pero no cumple con ninguno de los criterios anteriores. (28-30)

KIDSCREEN 52: (Anexo 4)

El Grupo KIDSCREEN creó en el año 2001 este cuestionario tras un proyecto internacional en el que participaron trece países europeos, convirtiéndolo en el primer instrumento transcultural de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) dirigida a niños y adolescentes. (31,32)

Se trata de un cuestionario autoadministrado, cuya población diana son los niños y adolescentes de 8 a 18 años. Existen tres versiones, atendiendo al número de ítems, de 52, 27 y 10 ítems; con cada versión varía también el tiempo de administración. En el caso de este estudio, se va a utilizar la versión KIDSCREEN 52, para la cual el tiempo de administración sería entre 15 y 20 minutos. (32,33)

Este cuestionario mide la CVRS en diez dimensiones, utilizando dos escalas tipo Likert de frecuencia e intensidad, cada una con cinco opciones de respuesta (1-5). Cada dimensión se convierte en una escala de 0 a 100, donde cuanto mayor sea la puntuación, mejor será la CVRS. Las diferentes dimensiones del KIDSCREEN 52, con su respectivo número de ítems, serían las siguientes:

- Dimensión 1: Bienestar físico (5 ítems)
- Dimensión 2: Bienestar psicológico (6 ítems)
- Dimensión 3: Estado de ánimo (7 ítems)
- Dimensión 4: Autopercepción (5 ítems)
- Dimensión 5: Autonomía (5 ítems)
- Dimensión 6: Relación con los padres y vida familiar (6 ítems)
- Dimensión 7: Recursos económicos (3 ítems)
- Dimensión 8: Amigos y apoyo social (6 ítems)
- Dimensión 9: Entorno escolar (6 ítems)
- Dimensión 10: Aceptación social (3 ítems)⁽³²⁾

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Este estudio está diseñado para que conste de dos fases de recopilación de información: una en la que se determine quiénes, del total de alumnos, tienen algún trastorno depresivo y otra en la que, escogiendo sólo a aquellos que tengan dichos trastornos, se determine su calidad de vida.

Antes de recoger ningún dato, lo primero que se hará será reunirse con los directores de cada centro que se va a visitar para informarles del estudio y para que se mande una carta a las familias, dándoles dicha información y reuniéndolos en el centro. Esto último sería para explicarles personalmente y de forma más detallada el estudio, para solucionar posibles dudas y para entregar las autorizaciones. Una vez se tienen esos permisos, se concretará con los directores los días de realización de la primera encuesta, pidiéndoles que se reserve una hora para la misma. Tras esto, se procederá a la realización de la encuesta en los 14 centros.

Cuando ya se haya realizado la primera encuesta en todos los centros, se realizará el vaciado de datos, puntuando las escalas y determinando los adolescentes que tienen depresión. Una vez tengamos esos datos, se contactará de nuevo con los padres o tutores de aquellos diagnosticados de depresión para informarles del resultado, recomendarles que acudan a la Unidad de Salud Mental y preguntarles si desean continuar con el estudio. Se procederá a llamar a los directores y concertar otro día para ejecutar la encuesta de calidad de vida a los alumnos establecidos.

Tras la finalización de la misma, se analizarán los datos con el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) y se realizará un informe final, descriptivo y transversal, comparando las variables. Esto último se hará comparando las cinco variables establecidas de la siguiente manera:

- Género vs depresión.
- Género vs calidad de vida.
- Género vs depresión vs calidad de vida.
- Edad vs depresión.
- Edad vs calidad de vida.
- Edad vs depresión vs calidad de vida.
- Municipio de residencia vs depresión.
- Municipio de residencia vs calidad de vida
- Municipio de residencia vs depresión vs calidad de vida

Consideraciones éticas:

Debido a que la población a la que va dirigido este trabajo es, mayoritariamente, menor de edad, es necesario informar a los padres o tutores legales de éstos del propósito del proyecto y de que los datos “privados” de sus hijos (nombre, edad, etc.) no serán utilizados ni publicados en ningún momento. Para ello se ha elaborado una autorización de elaboración propia. (Anexo 5)

CONCLUSIÓN

Tras la realización del estudio, se espera obtener resultados variados, pero suficientes para poder realizar un plan de intervención que tenga como foco la salud mental de los adolescentes, buscando soluciones a este problema teniendo en cuenta las variables propuestas. Así, se podría crear en las poblaciones más afectadas una Unidad de Salud Mental o, en su defecto, que sean visitadas por un enfermero especializado en Salud Mental; por otro lado, en el caso de que se encuentre más prevalencia en un sexo que en el otro, se podrían realizar actividades más orientadas a ese grupo, así como si existe un número destacable de adolescentes de un rango de edad determinado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. El concepto de la adolescencia. En: Márquez Gálvez R, Colás Pérez EF, editores. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la Salud en la Adolescencia. 2ª ed. La Habana: MINSAP; 2002. p. 15-23.
2. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Desarrollo en la adolescencia. [Consultado 2 de mayo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
3. Helton LR, Smith MK. Adolescence. Mental health practice with children and youth: A strengths and well-being model. 1ª ed. Binghamton, NY, US: Haworth Social Work Practice Press; 2004. p. 125-151.
4. Bautista Rodríguez LM, Angarita Mojica M, Contreras Rozo JV, Otero Suárez MJ. Caracterización psicológica y sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años. Revista Ciencia y Cuidado. 2008; 5 (1): 20-37.
5. García Sepúlveda R. Trastornos ansiosos y depresivos en adolescentes. Rev Med Clin Condes. 2011; 22 (1): 77-84.
6. González Forteza CF, Hermosillo de la Torre AE, Vacío Muro MA, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Bol Med Hosp Infant Mex 2015; 72 (2): 149-155.
7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
8. 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. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
9. Gómez Restrepo C, Bohórquez A, Tamayo Martínez N, Rondón M, Bautista N, Rengifo H et al. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiat. 2016; 45 (1): 50-57.

10. Jaureguizar J, Bernaras E, Soroa M, Sarasa M, Garaigordobil M. Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Psicol Conductual*. 2015; 23(2):245-264.
11. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017.
12. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord*. 2000; 14(3):263-79.
13. Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(12):1263-1271.
14. Fröjd SA, Nissinen ES, Pelkonen MU, Marttunen MJ, Koivisto AM, Kaltiala-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *J Adolesc*. 2008; 31(4): 485-498.
15. Lazaratou H, Dikeos DG, Anagnostopoulos DC, Soldatos CR. Depressive symptomatology in high school students: the role of age, gender and academic pressure. *Community Ment Health J*. 2010; 46(3): 289-295
16. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, De la Barra F, Valdivia M, Melipillan R et al. Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en la Provincia de Cautín. *Rev méd Chile*. 2010; 138(8): 965-973.
17. Torres de Galvis Y, Berbesí Fernández DY, Barreño Silva J, Montoya Vélez LP. Situación de Salud Mental del Adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia. Ministerio de la Protección Social. 2010
18. Cardilla F, Martos A, Barragán AB, Pérez-Fuentes MC, Molero MM, Gázquez JJ. Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European j investiga*. 2015; 5(2):267-279
19. Cano Vindel a, Salguero JM, Mae Wood C, Dongil E, Latorre JM. La Depresión en Atención Primaria: Prevalencia, Diagnóstico y Tratamiento. *Papeles del Psicólogo*. 2010; 33(1):2-11.
20. Calderón C, Balagué L, Iruin A, Retolaza A, Belaunzaran J, Basterrechea J et al. Colaboración atención primaria-salud mental en la asistencia a pacientes con depresión: evaluación de una experiencia piloto. *Aten Primaria*. 2016; 48(6): 356-365
21. Instituto Canario de Estadística [Sede Web]. Población según sexos y edades año a año. Islas de Canarias y años. [Consultado 14 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do?uripx=urn:uuid:826e1705-4ee2-4f45-8dd7-4f9cff04149d&uripub=urn:uuid:253c609d-9d81-4266-986f-13ec9da19b28>

22. Instituto Canario de Estadística [Sede Web]. Población según sexos y edades año a año. Municipios por islas de Canarias. [Consultado 14 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do?uripx=urn:uuid:806d7012-806c-44d5-8347-50c2ab810723&uripub=urn:uuid:2f7e44e7-23b4-4958-b1c4-1d39d6fe862b>
23. Instituto Canario de Estadística [Sede Web]. Población según indicadores. Municipios por isla de Canarias y años. [Consultado 14 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do?uripub=urn:uuid:febb02fd-d4fd-4e6d-bed4-0496d4a95f88&uripx=urn:uuid:d73bd9de-e6ed-4821-808a-616b34df9655>
24. Gobierno de Canarias [Sede Web]. Buscador de centros educativos. [Consultado 17 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/centros/centros_educativos/buscador-centros/?naturaleza=P%C3%BAblico&grupoEnsenanza=EDUCACI%C3%93N%20SECUNDARIA%20OBLIGATORIA&editable=true
25. Gobierno de Canarias [Sede Web]. Buscador de centros educativos. [Consultado 17 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/web/centros/centros_educativos/buscador-centros/?naturaleza=Con%20niveles%20concertados&grupoEnsenanza=EDUCACI%C3%93N%20SECUNDARIA%20OBLIGATORIA&editable=true
26. López Alonso SR, Huizing E, Lacida Baro M. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. Salud Mental. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2004.
27. Del Barrio Gándara V, Carrasco Ortiz MA. CDI. Inventario de Depresión Infantil. Madrid: TEA Ediciones; 2004.
28. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. J Gen Intern Med. 2001; 16(9):606-613.
29. Díaz del Peral D, coordinador. Ansiedad, depresión, somatizaciones: proceso asistencial integrado. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011.
30. Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. Rev Chil Neuro-psiquiatr. 2012; 50(1): 10-22.

31. Del Valle Guzmán de Rodríguez N. Validación de los cuestionarios de calidad de vida KIDSCREEN y DISABKIDS en niños y adolescentes venezolanos [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012. 331p.
32. KIDSCREEN [Sede Web]. El proyecto KIDSCREEN. [Consultado 23 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.kidscreen.org/espa%C3%B1ol/el-proyecto-kidscreen/>
33. Aymerich M, Berra S, Guillamón I, Herdman M, Alonso J, Ravens-Sieberer U et al. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. Gac Sanit. 2005; 19(2): 93-102.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Santolaya Prego de Oliver JA, Modrego Hernández ME, Alonso Ortega G, Adrián Medrano L, Muñoz Navarro R. Depresión discapacidad y sus costes. Propuestas de mejora de asistencia en Atención Primaria. Inform Psicol. 2018; 115: 54-65
- Vásquez Rojas R, Quijano Serrano M. Cuando el intento de suicidio es cosa de niños. Rev Colomb Psiquiat. 2013; 43(1):36-46.
- Vélez Galárraga R, López Aguilà S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. Gac Sanit. 2009; 23(5):433-439.
- De Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguer I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. Psiqu Biol. 2016; 23(2):67-73.
- Navarro Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. Clin Sal. 2017; 28(1): 25-31.
- Guerra Cabrera F, Diéguez Porres M. Psicoterapia en Atención Primaria: a propósito de un caso de trastorno somatomorfo tratado con terapia interpersonal. Aten Primaria. 2011; 43(8): 440-446.
- Serra R, del Claustre Jané i Ballabriga M, Bonillo Martín A. Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: psicopatología y estilos educativos. An Pediatr. 2013; 79(2): 101-107.
- Musalem R, Castro P. Qué se sabe de bullying. Rev Med Clon Condes. 2015; 26(1): 14-23.
- Basile S, Carrasco MA, Martorell JL. Preocupaciones excesivas en la adolescencia: descripción, evaluación y tratamiento de un caso de ansiedad generalizada. Clin Sal. 2015; 26(3); 121-129.

- Helton LR, Smith MK. Chapter 6: Self-Concept and Self-Esteem. *Mental health practice with children and youth: A strengths and well-being model*. 1ª ed. Binghamton, NY, US: Haworth Social Work Practice Press; 2004. p. 125-151.
- Helton LR, Smith MK. Chapter 10: Evidence-Based Practice and Research for Promoting Children's Strengths. *Mental health practice with children and youth: A strengths and well-being model*. 1ª ed. Binghamton, NY, US: Haworth Social Work Practice Press; 2004. p. 125-151.
- Gómez Restrepo C, Bohórquez Peñaranda AP, Gil Lemus LM, Jaramillo LE, García Valencia J, Bravo Narváez E, de la Hoz Bradford AM et al. Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. 2013; 42(1): 3-11.
- Muscari ME. Chapter 1: Adolescent Angst. *Child behavioral and parenting challenges for advanced practice nurses: a reference for front-line Health care providers*. 1ª ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2016. p. 1-6.
- Muscari ME. Chapter 11: Depression and Suicidal Ideation. *Child behavioral and parenting challenges for advanced practice nurses: a reference for front-line Health care providers*. 1ª ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2016. p. 1-6.
- Muscari ME. Chapter 21: Nonsuicidal Self-Injury. *Child behavioral and parenting challenges for advanced practice nurses: a reference for front-line Health care providers*. 1ª ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2016. p. 1-6.
- Gómez A. Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Rev Med Clin Condes*. 2012; 23(5): 607-615.
- Sáiz PA, Bobes J Suicide prevention in Spain: An uncovered clinical need. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014; 7(1): 1-4.
- Baader T, Urrea E, Millán R, Yáñez L. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su afrontamiento. *Rev Med Clin Condes*. 2011; 22(3): 303-309.
- Ulloa Flores RE, Contreras Hernández C, Paniagua Navarrete K, Victoria Figueroa G. Frecuencia de autolesiones y características clínicas asociadas en adolescentes que acudieron a un hospital psiquiátrico infantil. *Salud Ment*. 2013; 36(5): 417-420.

ANEXOS

ANEXO 1:

		Población total	11 años	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	17 años
Barlovento	2011	2231	15	19	16	18	14	13	8
	2018	1855	12,47199	15,79785	13,30345	14,96638	11,64052	10,80905	6,651726
	% población por edad en 2011		0,672344	0,851636	0,717167	0,806813	0,627521	0,582698	0,358584
Breña Alta	2011	7344	82	70	70	53	77	67	62
	2018	7154	79,87854	68,189	68,189	51,62881	75,0079	65,26661	60,39597
	% población por edad en 2011		1,116558	0,953159	0,953159	0,721678	1,048475	0,912309	0,844227
Breña Baja	2011	5348	48	47	46	66	57	56	54
	2018	5498	49,3463	48,31825	47,2902	67,85116	58,59873	57,57068	55,51458
	% población por edad en 2011		0,897532	0,878833	0,860135	1,234106	1,065819	1,04712	1,009723
Fuencaliente	2011	1905	13	14	13	15	17	22	18
	2018	1709	11,66247	12,55958	11,66247	13,45669	15,25092	19,73648	16,14803
	% población por edad en 2011		0,682415	0,734908	0,682415	0,787402	0,892388	1,154856	0,944882
Garafía	2011	1707	6	5	13	11	8	8	11
	2018	1626	5,71529	4,762742	12,38313	10,47803	7,620387	7,620387	10,47803
	% población por edad en 2011		0,351494	0,292912	0,76157	0,644405	0,468658	0,468658	0,644405
Los Llanos de Aridane	2011	21145	209	211	202	225	203	213	230
	2018	20171	199,3729	201,2807	192,6953	214,6358	193,6492	203,1886	219,4055
	% población por edad en 2011		0,988413	0,997872	0,955309	1,064081	0,960038	1,00733	1,087728
El Paso	2011	7947	69	68	85	81	85	71	73
	2018	7543	65,49226	64,5431	80,67887	76,88222	80,67887	67,39059	69,28891

	% población por edad en 2011		0,868252	0,855669	1,069586	1,019253	1,069586	0,893419	0,918586
Puntagorda	2011	2028	16	25	18	17	19	15	10
	2018	2073	16,35503	25,55473	18,39941	17,37722	19,4216	15,33284	10,22189
	% población por edad en 2011		0,788955	1,232742	0,887574	0,838264	0,936884	0,739645	0,493097
Puntallana	2011	2416	22	17	18	24	19	18	15
	2018	2493	22,70116	17,5418	18,57368	24,7649	19,60555	18,57368	15,47806
	% población por edad en 2011		0,910596	0,703642	0,745033	0,993377	0,786424	0,745033	0,620861
San Andrés y Sauces	2011	4860	34	34	42	31	38	37	32
	2018	4112	28,76708	28,76708	35,5358	26,22881	32,15144	31,30535	27,0749
	% población por edad en 2011		0,699588	0,699588	0,864198	0,63786	0,781893	0,761317	0,658436
Santa Cruz de La Palma	2011	16924	146	156	157	149	169	171	177
	2018	15674	135,2165	144,4779	145,404	137,9949	156,5177	158,37	163,9268
	% población por edad en 2011		0,86268	0,921768	0,927677	0,880407	0,998582	1,010399	1,045852
Tazacorte	2011	5559	44	48	39	46	66	41	42
	2018	4600	36,40943	39,71937	32,27199	38,0644	54,61414	33,92697	34,75445
	% población por edad en 2011		0,791509	0,863465	0,701565	0,827487	1,187264	0,737543	0,755532
Tijarafe	2011	2763	30	17	34	19	30	17	28
	2018	2564	27,83931	15,77561	31,55121	17,63156	27,83931	15,77561	25,98335
	% población por edad en 2011		1,085776	0,615273	1,230547	0,687658	1,085776	0,615273	1,013391
Villa de Mazo	2011	4986	45	45	40	44	45	45	60
	2018	4791	43,24007	43,24007	38,43562	42,27918	43,24007	43,24007	57,65343
	% población por edad en 2011		0,902527	0,902527	0,802246	0,882471	0,902527	0,902527	1,203369

ANEXO 2: (27)

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Curso escolar: _____

Centro: _____ Fecha: _____

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea **la que mejor describa** cómo te has sentido durante las últimas dos semanas. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describa mejor **cómo te has encontrado** últimamente. Marca con una X tu respuesta.

1. Estoy triste de vez en cuando
Estoy triste muchas veces
Estoy triste siempre
2. Nunca me saldrá nada bien
No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
Las cosas me saldrán bien
3. Hago bien la mayoría de las cosas
Hago mal muchas cosas
Todo lo hago mal
4. Me divierten muchas cosas
Me divierten algunas cosas
Nada me divierte
5. Soy malo siempre
Soy malo muchas veces
Soy malo algunas veces
6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
Me preocupa que me ocurran cosas malas
Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles

7. Me odio
No me gusta como soy
Me gusta como soy
8. Todas las cosas malas son culpa mía
Muchas cosas malas son culpa mía
Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
9. No pienso en matarme
Pienso en matarme pero no lo haría
Quiero matarme
10. Tengo ganas de llorar todos los días
Tengo ganas de llorar muchos días
Tengo ganas de llorar de cuando en cuando
11. Las cosas me preocupan siempre
Las cosas me preocupan muchas veces
Las cosas me preocupan de cuando en cuando
12. Me gusta estar con la gente
Muy a menudo no me gusta estar con la gente
No quiero en absoluto estar con la gente
13. No puedo decidirme
Me cuesta decidirme
Me decido fácilmente
14. Tengo buen aspecto
Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
Soy feo
15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. Todas las noches me cuesta dormirme
Muchas noches me cuesta dormirme
Duermo muy bien
17. Estoy cansado de cuando en cuando
Estoy cansado muchos días
Estoy cansado siempre

18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
Muchos días no tengo ganas de comer
Como muy bien
19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad
Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20. Nunca me siento solo
Me siento solo muchas veces
Me siento solo siempre
21. Nunca me divierto en el colegio
Me divierto en el colegio solo de vez en cuando
Me divierto en el colegio muchas veces
22. Tengo muchos amigos
Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más
No tengo amigos
23. Mi trabajo en el colegio es bueno
Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien
24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños
Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
Soy tan bueno como otros niños
25. Nadie me quiere
No estoy seguro de que alguien me quiera
Estoy seguro de que alguien me quiere
26. Generalmente hago lo que me dicen
Muchas veces no hago lo que me dicen
Nunca hago lo que me dicen
27. Me llevo bien con la gente
Me peleo muchas veces
Me peleo siempre

ANEXO 3: (29)

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Curso escolar: _____

Centro: _____ Fecha: _____

1. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te han molestado cada uno de los siguientes problemas? Señala con un círculo la opción que mejor represente tu situación.

	Nunca	Unos cuantos días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1. Tener poco interés o disfrutar poco haciendo cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza	0	1	2	3
3. Tener problemas para dormir (coger el sueño o mantenerlo), o tener más sueño de la cuenta	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo/a o sentirse fracasado/a o decepcionado/a de sí mismo/a, o pensar que ha decepcionado a los que le rodean	0	1	2	3
7. Tener problemas para concentrarse, como por ejemplo para leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien lo contrario, estar tan inquieto/a e intranquilo/a que ha estado moviéndose de arriba para abajo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. En las últimas dos semanas, tener pensamientos sobre que estaría mejor si se muriese o sobre hacerse daño a sí mismo de alguna manera	0	1	2	3

2. Si te has sentido identificado con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuánto ha interferido (o cuán difícil se te ha hecho cumplir) con tu trabajo o estudios, con las actividades domésticas o con tu relación con otras personas?

Nunca	Algo	Mucho	Extremadamente
0	1	2	3

ANEXO 4: (31)

¡Hola!

¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Esto es lo que nos gustaría saber de ti.

Por favor, lee cada pregunta con atención. Cuando pienses en tu respuesta, trata de recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Qué respuesta viene a tu mente primero? Escoge la opción que mejor se adapte a tu respuesta y márcala con una X.

Recuerda que esto no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que respondas a todas las preguntas y que veamos tus marcas claramente.

No tienes que mostrarle a nadie tus respuestas. Tampoco nadie más, aparte de nosotros, mirará tu cuestionario una vez que hayas finalizado.

¿Eres chico o chica?

- Chico
- Chica

¿Cuántos años tienes? _____

¿Tienes alguna discapacidad, enfermedad o problema médico?

- No
- Sí ¿Cuál? _____

1. Actividad física y salud

1. En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Piensa en la última semana

2. ¿Te has sentido bien y en buenas condiciones?
3. ¿Has estado practicando algún ejercicio (como, por ejemplo, has corrido, saltado, montado en bicicleta)?
4. ¿Has podido correr bien?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

5. ¿Te has sentido lleno/a de energía?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<input type="radio"/>				

2. Tus sentimientos

Piensa en la última semana

1. ¿Has disfrutado de la vida?
2. ¿Te has sentido feliz de estar vivo/a?
3. ¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

4. ¿Has estado de buen humor?
5. ¿Te has sentido alegre?
6. ¿Te has divertido?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

3. Estado de ánimo

Piensa en la última semana

1. ¿Has sentido que todo te sale mal?
2. ¿Te has sentido triste?
3. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?
4. ¿Has sentido que todo en tu vida te ha salido mal?
5. ¿Te has sentido harto/a o fastidiado/a?
6. ¿Te has sentido solo/a?
7. ¿Te has sentido presionado/a?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

4. Sobre ti

Piensa en la última semana

1. ¿Te has sentido feliz con tu forma de ser?
2. ¿Te has sentido feliz con la ropa que usas?
3. ¿Te has sentido preocupado/a por la forma como te ves?
4. ¿Te has sentido celoso/a por la forma como lucen otros/as chicos/as?
5. ¿Te gustaría cambiar algo de tu cuerpo?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

5. Tu tiempo libre

Piensa en la última semana

1. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti mismo/a?
2. ¿Has podido hacer lo que querías en tu tiempo libre?
3. ¿Has tenido bastantes oportunidades de salir?
4. ¿Has tenido suficiente tiempo para estar con tus amigos/as?
5. ¿Has podido escoger qué hacer en tu tiempo libre?

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti mismo/a?	<input type="radio"/>				
2. ¿Has podido hacer lo que querías en tu tiempo libre?	<input type="radio"/>				
3. ¿Has tenido bastantes oportunidades de salir?	<input type="radio"/>				
4. ¿Has tenido suficiente tiempo para estar con tus amigos/as?	<input type="radio"/>				
5. ¿Has podido escoger qué hacer en tu tiempo libre?	<input type="radio"/>				

6. Tu vida familiar

Piensa en la última semana

1. ¿Te has sentido comprendido/a por tus padres?
2. ¿Te has sentido querido/a por tus padres?

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido comprendido/a por tus padres?	<input type="radio"/>				
2. ¿Te has sentido querido/a por tus padres?	<input type="radio"/>				

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Te has sentido feliz en tu casa?	<input type="radio"/>				
4. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para estar contigo?	<input type="radio"/>				
5. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?	<input type="radio"/>				
6. ¿Has podido hablar con tus padres cuando quisiste?	<input type="radio"/>				

7. Tu dinero

Piensa en la última semana

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer las mismas cosas que hacen tus amigos/as?	<input type="radio"/>				
2. ¿Has tenido suficiente dinero para tus propios gastos?	<input type="radio"/>				

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
3. ¿Has tenido suficiente dinero para hacer cosas con tus amigos?	<input type="radio"/>				

8. Tus amigos/as

Piensa en la última semana

1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?
2. ¿Has compartido con tus amigos/as?
3. ¿Te has divertido con tus amigos/as?
4. ¿Tus amigos/as y tú se han ayudados mutuamente?
5. ¿Has podido hablar con tus amigos/as acerca de cualquier cosa?
6. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

9. Colegio

Piensa en la última semana

1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?
2. ¿Te ha ido bien en el colegio?
3. ¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores/as?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

4. ¿Has podido prestar atención en clases?
5. ¿Has disfrutado de ir a clase?
6. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

10. Tú y los demás

Piensa en la última semana

1. ¿Has tenido miedo de otros/as chicos/as?
2. ¿Se han burlado de ti otros/as chicos/as?
3. ¿Te han amenazado otros/as chicos/as?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				
<input type="radio"/>				

ANEXO 5:

Estimados padres/madres, queremos informarles de la realización de un proyecto de investigación sobre la depresión y la calidad de vida en este centro. Para ello se necesitará la participación de los alumnos de 1º ESO hasta 2º de Bachillerato en una encuesta. Queremos hacerles saber que ningún dato personal de los alumnos se hará público y les pedimos su colaboración firmando este permiso.

D. /Dña. _____ con DNI: _____

padre/madre/tutor legal de _____

del centro _____ autoriza que el alumno/a participe en una encuesta sobre ansiedad y calidad de vida.

Firma
