

**Elena Bedoya Marcos**

**LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES DE VILANOVA I LA GELTRÚ  
DURANTE LA TERCERA OLA DE COVID-19**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**dirigido por Dra. Anna Huguet Roselló**

**Grado de Psicología**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**Tarragona**

**2021**

## Índice

1. Introducción	6
1.1. La ansiedad y la depresión: una problemática frecuente en la población infanto-juvenil	6
1.2. Prevalencias del trastorno de depresión mayor y de algunos trastornos de ansiedad	7
1.3. Factores de riesgo	9
1.3.1. Factores de riesgo de la ansiedad en población infanto-juvenil	9
1.3.2. Factores de riesgo de la depresión en población infanto-juvenil	10
1.4. Pandemia de COVID-19 y salud mental	11
1.4.1. Breve introducción e implicaciones de la pandemia a nivel mundial y nacional (España)	11
1.4.2. Implicaciones de la pandemia en la salud mental de la población adulta	12
1.4.3. Implicaciones de la pandemia en la salud mental de la población infanto-juvenil	13
1.5. Curso natural e implicaciones de los problemas de salud mental en niños y adolescentes	16
2. Objetivo	19
3. Método	21
3.1. Procedimiento	21
3.2. Instrumento	21
3.3. Participantes	23

3.4.	Análisis de datos	23
4.	Resultados	25
4.1.	Prevalencia de sintomatología por trastorno	25
4.2.	Relación sexo y presencia de síntomas de ansiedad y depresión	26
4.3.	Diagnóstico psicológico y empeoramiento de su sintomatología	27
4.4.	Relación diagnóstico psicológico y presencia de síntomas de ansiedad y depresión	27
5.	Discusión	29
6.	Conclusiones	33
7.	Agradecimientos	34
8.	Referencias	35
	Apéndice	42

## Resumen

**Introducción:** La ansiedad y la depresión son problemáticas frecuentes en población infanto-juvenil y, durante el COVID-19, los síntomas de estos trastornos se han visto aumentados. Aun así, existe poca literatura referente a la salud mental en esta población. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de los síntomas del trastorno de depresión mayor y de diferentes trastornos de ansiedad durante la tercera ola de la pandemia en adolescentes de Vilanova i la Geltrú de entre 14 y 18 años. **Método:** Participaron en este estudio 373 adolescentes. Se administró una encuesta on-line constituida por preguntas ad-hoc y la Escala Revisada de ansiedad y depresión infantil (RCADS-30).

**Resultados:** Los síntomas con mayor prevalencia fueron los síntomas del trastorno de fobia social y de ansiedad generalizada (66,5% y 61,9% informaron de padecer tales síntomas respectivamente). Se vio relacionado, por un lado, el ser mujer y, por otro, presentar un diagnóstico psicológico con presentar sintomatología ansiosa y depresiva. También, se observó que la mayoría de participantes con diagnóstico psicológico en el momento de realizar la encuesta, no informaban de empeoramiento de sus síntomas a raíz de la pandemia.

**Conclusiones:** Una proporción importante de la muestra tenía necesidades de salud mental. Por lo que sería interesante desarrollar programas de prevención y detección temprana para disminuir la probabilidad de desarrollar síntomas o trastornos en la edad adulta.

**Palabras clave:** Adolescentes, trastornos de ansiedad y depresión, COVID-19, RCADS-30, mujer, diagnóstico psicológico.

## Abstract

**Introduction:** Anxiety and depression are frequent problems in the child and adolescent population and, during COVID-19, the symptoms of these disorders have increased. Even so, there is little literature on mental health in this population. **Objective:** To estimate the prevalence of symptoms of major depressive disorder and different anxiety disorders during the third wave of the pandemic in teenagers aged 14 to 18 years in Vilanova i la Geltrú. **Methods:** 373 adolescents participated in this study. An on-line survey consisting of ad-hoc questions and the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30) was administered. **Results:** The most prevalent symptoms were social phobia and generalized anxiety disorder (66.5% and 61.9% reported having such symptoms, respectively). On one hand, being a woman and, on the other hand, presenting a psychological diagnosis was seen to be related to presenting anxious and depressive symptoms. Also, it was observed that the majority of participants with a psychological diagnosis at the time of the survey did not report worsening of their symptoms as a result of the pandemic. **Conclusions:** A significant proportion of the sample had mental health needs. Therefore, it would be interesting to develop prevention and early detection programs to reduce the likelihood of developing symptoms or disorders in adulthood.

**Key words:** Adolescents, anxiety and depressive disorders, COVID-19, RCADS-30, woman, psychological diagnosis.

## **1. Introducción**

### **1.1. La ansiedad y la depresión: una problemática frecuente en la población infanto-juvenil**

La presencia de trastornos o afecciones de salud mental constituyen el 13,4% en población infanto-juvenil a nivel mundial (Polanczyk et al., 2015). Según Danneel et al. (2019), en la etapa adolescente se incrementa el riesgo a padecer problemas de índole interiorizante tales como la depresión o la ansiedad. Este hecho puede ser debido a que la adolescencia es una época de difícil transición caracterizada por una gran cantidad de cambios a nivel físico y psicológico haciéndola, pues, la fase con más vulnerabilidades del desarrollo hacia la vida adulta (Guessoum et al., 2020).

La revisión sistemática realizada por Polanczyk et al. (2015) refiere una prevalencia del 6,5% de cualquier trastorno de ansiedad a nivel mundial en población infanto-juvenil. En cuanto a algún trastorno depresivo, una prevalencia del 2,6% y respecto al trastorno depresivo mayor un 1,3%. En este análisis se obtienen prevalencias de otro tipo de afecciones como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno disruptivo, el negativista-desafiante y trastornos de conducta, pero la prevalencia de los trastornos de ansiedad es la más alta en comparación.

En los trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil, es frecuente la comorbilidad de más de un trastorno de este tipo en una misma persona (Olofsdotter et al., 2016). Mostrando este dato en cifras, la coexistencia de dos o más trastornos de ansiedad es de un 33% en niños y adolescentes (Ochando y Peris, 2017). De igual forma, la literatura muestra que la ansiedad y la depresión suelen transcurrir juntas entre el 28 y el 68% de los casos (Ochando y Peris, 2017). Aun así, únicamente el 21% acude a centros de salud mental y, por ende, el porcentaje restante de los niños y adolescentes con ansiedad y/o depresión no se les realiza el diagnóstico (Olofsdotter et al., 2016).

## **1.2. Prevalencias del trastorno de depresión mayor y de algunos trastornos de ansiedad**

El trastorno depresivo mayor (DM) también es uno de los trastornos con mayor prevalencia en la población infanto-juvenil. Polanczyk et al. (2015) refiere, a nivel mundial, una prevalencia del 1,3% en niños y adolescentes. El estudio realizado por Canals et al. (2018) en niños españoles, de entre 9 y 13 años, mostró una prevalencia del trastorno depresivo mayor (DM) del 1,6% y una tasa del 11,6% referida a síntomas de depresión.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, se han llevado a cabo ciertas modificaciones dentro de su clasificación en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión 5 (DSM-V) en comparación con la anterior versión del manual. Esta edición incluye el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la fobia específica, la agorafobia, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social (antes llamada fobia social) y el trastorno de ansiedad generalizada. Excluyendo de esta categoría el trastorno obsesivo-compulsivo, el estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión 5 [DSM-V], 2014).

A continuación, se explicitan los trastornos de ansiedad que estén relacionados con los objetivos planteados en el presente estudio.

El trastorno de ansiedad por separación (TAS) es el más prevalente de entre los trastornos de ansiedad y tiene un inicio temprano, concretamente, antes de los 12 años (DSM-V, 2014). Aun así, autores como Seligman y Wuyek (2007) indican que este diagnóstico puede ser factible después de haber cumplido los 18 años. Este trastorno es poco común durante la adolescencia, pero peor es la evolución y el pronóstico si surge durante esta etapa (Clark et al., 1994, como se citó en Sandín, 1997). En cuanto a su prevalencia, el estudio de Canals et al. (2019) realizado con una muestra de niños españoles, de entre 9 y 13 años, concluyó un índice del 3,4%. A su vez, Orgilés et al. (2012) mostró una tasa del 5,5% en niños y adolescentes españoles de entre 8 y 17 años. Por último, el DSM-V (DSM-V, 2014) informa de una prevalencia del 4% en niños y del 1,6% en adolescentes de Estados Unidos. En lo que respecta al sexo, es más frecuente en mujeres si se trata de población general (DSM-V, 2014; Rojo, 2009).

El trastorno de pánico (TP) antes de los 14 años tiene una prevalencia baja, menos del 0,4% (DSM-V, 2014). Mostrando un aumento de la existencia de este diagnóstico durante la adolescencia, en particular, más en chicas (DSM-V, 2014; Rojo, 2009). El índice de prevalencia según un estudio es del 1% en adolescentes (Lewinsohn et al. 1993, como se citó en Caballo y Simón, 2001). Un estudio más reciente de Canals et al. (2019) mostró un índice del 1,4% en población infanto-juvenil española.

La fobia social (FS), actual ansiedad social, tiene una prevalencia comparable con la de los adultos siendo del 2,3% la tasa en población general europea (DSM-V, 2014). El estudio de Orgilés et al. (2012) mostró que la prevalencia entre niños y adolescentes españoles fue del 4,6%. Por otro lado, Canals et al. (2019) informó de un índice del 4% en su muestra infanto-juvenil española. Respecto al sexo, diversos autores concluyen que este diagnóstico es más frecuente en mujeres (Beidel y Morris, 1995, como se citó en Sandín, 1997; Essau et al. 1999).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG), habitualmente, tiene su inicio alrededor de los 30 años (DSM-V, 2014). Aun así, pueden aparecer síntomas en edades más tempranas, rara vez antes de la adolescencia, manifestando la ansiedad y preocupación excesiva propias de este trastorno en forma de un carácter más ansioso (DSM-V, 2014). En el estudio de Canals et al. (2019) se encontró una prevalencia del 6,9% mientras que, Orgilés et al. (2012) la encontró del 4,9%. Por lo que respecta a las diferencias entre sexos, en la infancia no hay diferencias, pero si en los adolescentes, donde tiene más prevalencia en mujeres (Rojo, 2009).

Por último, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). El sexo también juega un papel importante en este diagnóstico, siendo los hombres (25% aproximadamente) quienes inician síntomas antes de los 10 años, afectando más a este grupo durante la infancia (DSM-V, 2014). En cambio, impacta más en mujeres en la vida adulta (DSM-V, 2014). Según datos de Estados Unidos, el trastorno tiene un inicio temprano, a los 14 años, en un 25% de los casos (DSM-V, 2014). Por lo que respecta a la prevalencia, Orgilés et al. (2012) en su estudio observó una tasa del 4,9% en niños y adolescentes españoles.

### **1.3. Factores de riesgo**

Las investigaciones también se han dedicado a determinar qué factores de riesgo se ven involucrados en la aparición de la ansiedad y de la depresión durante la niñez y la adolescencia. Los factores más comunes son sexo, edad, influencias genéticas y ambientales, entre otros no tan frecuentes.

Destacar que los estudios acostumbran a hablar de género y sexo de manera indistinta y, en este estudio, se utilizó el término sexo.

#### **1.3.1. Factores de riesgo de la ansiedad en población infanto-juvenil**

El sexo es una variable que muestra diferencias en los trastornos de ansiedad, siendo el femenino el que mayores porcentajes alcanza en comparación con el masculino (Tayeh et al., 2016). Voltas et al. (2017), con una muestra de niños y niñas de Cataluña, encontraron que las niñas obtenían mayores tasas de ansiedad que los niños. Beesdo et al. (2009), en su revisión, concluyen que no existen grandes diferencias de prevalencia en referencia al sexo cuando hablamos de niños y niñas. Pero, si se identifica que estas diferencias aumentan con la edad, haciendo visible que, el ser mujer aumenta las posibilidades de desarrollar trastornos de ansiedad que ser hombre (Beesdo et al., 2009).

En cuanto a la edad, es frecuente que la ansiedad se presente antes de la adolescencia, exceptuando el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno de ansiedad social que tienen su inicio en la pubertad (Tayeh et al., 2016).

El componente genético también está considerado factor de riesgo. Existe mayor probabilidad de que los hijos presenten algún trastorno de ansiedad si los padres tienen diagnosticado al menos un trastorno de ansiedad (Beesdo et al., 2009).

En referencia al temperamento, la inhibición conductual aumenta el riesgo de la aparición de trastornos de ansiedad, concretamente, de ansiedad social (Tayeh et al., 2016).

Además de estos factores de riesgo más intrínsecos, existen otros factores de riesgo de tipo ambiental. El estilo de crianza de los padres que tienen algún diagnóstico de ansiedad suele potenciar conductas poco adaptativas, entre otras, que afectan al desarrollo de trastornos de ansiedad en sus hijos (Tayeh et al., 2016).

Por último, la situación financiera que presenta el núcleo familiar, concretamente, si es de ingresos bajos, se encuentra asociada con presentar trastornos de ansiedad (Beesdo et al., 2009).

### **1.3.2. Factores de riesgo de la depresión en población infanto-juvenil**

El ser mujer también se ve implicado como factor de riesgo asociado a síntomas y trastornos depresivos. Estas diferencias se hacen notables durante la adolescencia, presentando de dos a tres veces más probabilidades que en el sexo opuesto (Garber, 2006). En edades anteriores a la adolescencia no se aprecian diferencias significativas en cuanto a sexo (Garber, 2006). Bragado et al. (1999), en su estudio con niños y adolescentes españoles, observó que es durante la adolescencia (entre los 14 y 17 años) que la probabilidad de obtener un diagnóstico de depresión aumentaba de forma notable.

Los hijos de padres que presentan depresión tienen mayores probabilidades, entre tres y cuatro veces más, de desarrollar síntomas y/o trastorno depresivo si se compara con hijos de padres con ausencia de un trastorno de este tipo (Garber, 2006). Aun así, la presencia de este factor de riesgo genético no hace por sí mismo aumentar el riesgo, sino que surge de la combinación de factores de índole intrínsecos y ambientales (Garber, 2006).

Un factor de riesgo ambiental, concretamente de tipo psicosocial, es el haber vivido acontecimientos vitales estresantes. Según la revisión de Garber (2006), los sucesos negativos vinculados al estrés se relacionan con la depresión, concretamente, en chicas adolescentes. Johnson et al. (2012) encontraron que los síntomas depresivos se asociaron con los acontecimientos vitales estresantes.

Por último, las investigaciones sugieren que la ansiedad podría actuar como factor de riesgo en la depresión, ya que la ansiedad antecede al desarrollo de los trastornos depresivos (Garber, 2006). Beesdo et al. (2009), en su revisión, concluyen que existe asociación entre la depresión de los padres y la ansiedad en sus hijos, además de observar tasas altas de depresión en los hijos de padres con algún trastorno de ansiedad.

## **1.4. Pandemia de COVID-19 y salud mental**

### **1.4.1. Breve introducción e implicaciones de la pandemia a nivel mundial y nacional (España)**

La pandemia originada por la enfermedad del COVID-19 causada por el Síndrome Agudo Severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ha generado multitud de cambios en la sociedad. Los primeros casos fueron anunciados en diciembre de 2019 en Wuhan (Hubei, China) (Sandín et al., 2020). Debido a la rápida expansión del virus a otros países y continentes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación provocada por coronavirus como pandemia global el día 11 de marzo de 2020 (Sandín et al., 2020).

Centrándonos en España, se decretó el estado de alarma y, asociado a este, el 14 de marzo de 2020 supuso el confinamiento total de todo el país (Sandín et al., 2020). Esta medida preventiva, junto a otras, originaron un cambio en la vida de los españoles, ya que todo ello originó una limitación en la actividad social, económica, laboral, cultural, educativa y sanitaria. Algunas de las restricciones fueron el distanciamiento social, el confinamiento, el cese de la actividad hostelera, de ocio, comercial, escolar, laboral no esencial, las restricciones de movilidad de los ciudadanos y el colapso en los centros sanitarios (Galiano et al., 2021; Sandín et al., 2020). Finalmente, el 3 de mayo de 2020 se levantó el confinamiento nacional (Sandín et al., 2020). Aun así, las restricciones han seguido progresiva y regresivamente según como avanza la situación pandémica.

### **1.4.2. Implicaciones de la pandemia en la salud mental de la población adulta**

Todas las medidas implementadas han hecho necesario una reorganización a nivel familiar. Ya que, la mayoría de los trabajos y estudios han pasado a ser vía online y, por tanto, se debe compaginar la vida laboral, estudiantil y familiar en un mismo lugar (de Figueredo et al., 2021). El distanciamiento social y el confinamiento han generado una ruptura en las rutinas de los individuos promoviendo estilos de vida no saludables y afectaciones en el ritmo circadiano, afectando al ciclo del sueño (Galiano et al., 2021).

Las restricciones anunciadas han acarreado afectaciones en múltiples niveles. Entre ellos, el psicológico, emocional y físico, además del económico y social (de Figueredo et al., 2021). Un estudio realizado en España por Becerra et al. (2020) mostró que el desempleo se relaciona con niveles altos de sintomatología depresiva, resultado que va en la misma línea que otros hallazgos de la literatura científica. Mostrando así, la relación de lo económico y social con la salud mental.

A nivel psicológico y emocional, es indudable que la situación está generando secuelas. Los síntomas que más se han reportado en diversos estudios internacionales, aumentando hasta casi en el 50% de la población, son los de depresión, ansiedad, estrés e insomnio (Martínez-Taboas, 2020). Datos similares apuntan las investigaciones chinas, indicando que lo que conlleva esta situación puede evolucionar hacia enfermedades mentales tales como trastornos de ansiedad, depresión, estrés, insomnio, somatización y aumento de conductas adictivas (Shigemura et al., 2020).

Diversas revisiones sistemáticas centradas en población adulta concluyen que el COVID-19 ha impactado negativamente al estado de salud mental (Vindegaard y Benros, 2020; Wu et al., 2021). En cuanto a las prevalencias de los problemas psicológicos en la situación de emergencia sanitaria actual, se obtienen tasas similares en dos revisiones distintas. El análisis realizado por Salari et al. (2020) anunció una prevalencia de estrés del 29,6%, de depresión del 33,7% y de ansiedad del 31,9%. Datos comparables a la revisión hecha por Wu et al. (2021) dónde estableció prevalencias de depresión y ansiedad del 31,4% y 31,9%, respectivamente. Este último análisis no incluye datos sobre el estrés, presente

en la anterior revisión mencionada, pero incluye otros como la angustia y el insomnio con prevalencias del 41,1% y 37,9%, respectivamente (Wu et al., 2021).

### **1.4.3. Implicaciones de la pandemia en la salud mental de la población infanto-juvenil**

Como se ha observado, esta crisis sanitaria ha afectado a nivel psicológico a la población adulta, pero la salud mental de los niños y adolescentes también se ha visto influenciada. Por ejemplo, el 85,7% de los padres de la población infanto-juvenil de España e Italia confirmaron cambios emocionales y comportamentales en sus hijos (Orgilés et al., 2020). Por otro lado, un estudio realizado con una muestra de niños y adolescentes alemanes de entre 7 y 17 años, informó que un 71% de los participantes se sentían más agobiados durante la época pandémica (Ravens et al., 2021).

Existe una menor investigación sobre el impacto del COVID-19 en la salud mental de los niños y adolescentes. Aun así, la revisión sistemática realizada por Nearchou et al. (2020) pone de manifiesto que la pandemia ha afectado en la salud mental de esta población. Obteniendo tasas de prevalencias en cuanto a síntomas de ansiedad de entre el 18,9% y el 37,4%, y entre el 22,6-43,7% referentes a síntomas de depresión. Esta revisión constó de 12 estudios con criterios de inclusión como ser específicos sobre el COVID-19, estudios en inglés y sujetos de 18 años o menores, pudiendo formar, así, una idea de la cantidad de investigación realizada en población infanto-juvenil (Nearchou et al., 2020). También se ha hecho investigación en España. Concretamente, se realizó un estudio donde se compararon síntomas de ansiedad y depresión en niños y adolescentes en población española, italiana y portuguesa (Orgilés et al., 2021). Este estudio concluyó que la población española ha sido la más afectada. Los resultados generales del estudio presentaron mayores niveles de las variables estudiadas (19% síntomas depresivos y 38% sintomatología de ansiedad) en comparación con estudios previos a la pandemia. Los niños y adolescentes españoles obtuvieron mayores puntuaciones en ansiedad y depresión, siendo reportado por un 56% y un 26,4% de los padres de los jóvenes,

respectivamente. En conclusión, el porcentaje de sintomatología de ansiedad en España superó a lo informado por Italia y Portugal. A su vez, el resultado obtenido de la sintomatología depresiva de los jóvenes españoles e italianos fue mayor que lo informado por Portugal (Orgilés et al., 2021).

También, los niños y adolescentes con trastornos mentales previos a la pandemia pueden experimentar un aumento de sus síntomas según varias revisiones (Galiano et al., 2020; Guessoum et al., 2020; Shah et al., 2020). Un estudio de Reino Unido realizado en marzo de 2020 con población infanto-juvenil con problemas de salud mental previos a la situación generada por COVID-19, refirió que el 32% percibía un empeoramiento de sus síntomas durante los últimos meses (Young Minds, 2020).

En cuanto a la variable sexo, igual que diversas investigaciones previas, el estudio con una muestra de adolescentes chinos de Zhou et al. (2020) concluyó que ser mujer es un factor de riesgo afectando a presentar mayor sintomatología de carácter ansiosa y/o depresiva.

Destacar un estudio longitudinal con adolescentes, debido a que se pueden observar las diferencias entre los resultados obtenidos antes y durante la pandemia generada por COVID-19 (Magson et al., 2021). Este estudio recogió datos en dos momentos distintos, uno de ellos fue doce meses antes de la aparición del COVID-19 y el otro momento fue dos meses después de la implementación de las restricciones debidas a la pandemia. La muestra fue formada por adolescentes australianos de entre 13 y 16 años que formaban parte de un proyecto (Proyecto de Riesgos para el Bienestar de los Adolescentes RAW) en el cual se recogían datos anualmente, desde hace cuatro años, sobre la salud mental de esta población, por ello pudieron recabar datos referentes a antes de la pandemia. En relación con los resultados sobre síntomas de ansiedad y depresión, esta investigación pudo verificar que estos han aumentado en comparación al momento previo a la pandemia y que son las adolescentes las que muestran mayor afectación referente a la salud mental que el sexo opuesto durante la crisis sanitaria. También se ha evidenciado que el COVID-19 no solo ha afectado a nivel emocional, sino que se ha visto relacionado con mostrar una disminución en la satisfacción con la vida (Magson et al., 2021).

Aparte de las consecuencias a nivel emocional, diversos estudios muestran otro tipo de afectaciones que ha acarreado la pandemia en la población infanto-

juvenil, como son afectaciones en las áreas de la vida académica, familiar, social, el ocio y tiempo libre. En referencia a la vida académica, la investigación de Duan et al. (2020) concluyó que el aprendizaje se ha visto afectado en un 54,69% de los casos estudiados procedentes de la población china de entre 7 y 18 años. En la misma línea se encuentra el estudio COPSYS de Ravens et al. (2021) realizado en niños alemanes de 7 a 17 años, que afirmaron que sentían que el estudio se había vuelto más costoso y agotador en un 65% de los casos.

En referencia al estudio longitudinal de Magson et al. (2021), anteriormente citado, los resultados sobre el aprendizaje y estudio mostraron que no se evidenció una gran preocupación por parte de los adolescentes sobre el impacto que el coronavirus haya tenido sobre la educación. Tampoco se vio relacionado el cambio que la pandemia ha generado en la educación con la salud mental de los jóvenes. Aun así, se determinó una asociación entre presentar mayor sintomatología depresiva con sentir tener dificultades durante la modalidad educativa de tipo online. Problemas de motivación ante el estudio y tareas, no poder tener el mismo acceso a preguntar dudas al profesor, no entender la materia o tener problemas tecnológicos, son las dificultades que más se relacionaron con síntomas depresivos (Magson et al., 2021).

Además, en cuanto al tiempo de uso diario de internet, este se ha visto aumentado en el transcurso de la pandemia en población infanto-juvenil (Duan et al., 2020).

La relación familiar también ha sido estudiada durante la pandemia en la investigación de Ravens et al. (2021) concluyendo que un 27% de los niños y adolescentes reportaron tener un mayor número de discusiones con sus padres y el 37% de los padres informaron que las discusiones con sus hijos aumentaron su frecuencia. Referente a la relación de los niños y adolescentes con sus iguales, estos informan que las restricciones referentes al contacto interpersonal han perjudicado y dañado (32%) las relaciones con sus amigos (Ravens et al., 2021).

Magson et al. (2021) en su estudio longitudinal, los resultados en referencia a la restricción del contacto social mostraron que los adolescentes mostraban más preocupación por no poder relacionarse con sus iguales y, además, el sentimiento de desconexión social se vio asociado con mayores niveles de

sintomatología ansiosa y depresiva. Los conflictos paternofiliales se vieron aumentados según informaron los adolescentes, asociándose el conflicto con más síntomas de tipo depresivo (Magson et al., 2021). Además, Duan et al. (2020) vio que existía una relación significativa entre el aumento de los niveles de ansiedad y el hecho de tener a algún amigo o familiar diagnosticado con coronavirus, por la preocupación que conlleva tanto por esa persona infectada como por temer ser contagiado.

La literatura anterior muestra que, durante la niñez y la adolescencia, no se pueden ignorar trastornos tales como la ansiedad y la depresión durante la situación pandémica.

### **1.5. Curso natural e implicaciones de los problemas de salud mental en niños y adolescentes**

Existe poca literatura científica referente al estudio epidemiológico de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia en comparación con otro tipo de enfermedades. Por ende, este hecho dificulta que la salud mental sea vista como una prioridad en estas etapas de la vida (Erskine et al., 2017). Ya que, conocer los índices de prevalencia es de gran importancia con tal de tener mayores conocimientos de la problemática en cuestión contribuyendo a la mejoría en las políticas de salud pública en relación con la planificación, asignación de recursos, formación, detección, intervención y tratamiento (Fonseca et al., 2011; Polanczyk et al., 2015).

Aproximadamente, más de la mitad de los casos de trastornos mentales tienen su inicio a los 14 años según el informe de la OMS de 2014 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014 como se citó en Erskine et al., 2017). Además, un gran porcentaje de adolescentes no inicia tratamiento hasta la adultez (Erskine et al., 2017). Este hecho afecta al curso natural del trastorno en cuestión, ya que, se ha observado que la salud mental del adulto se ve relacionada con trastornos que tienen su inicio en la infancia y la adolescencia (Canals et al., 2019).

El estudio realizado por Balázs et al. (2013), en una muestra de adolescentes de diversos países, mostró que un gran número de los participantes eran considerados subumbral. Es decir, que presentaban síntomas subclínicos de ansiedad y depresión con tasas del 32 y del 29,2%, respectivamente. Concluyendo que un gran número de los jóvenes considerados subumbral deberían ser tratados de forma conveniente.

Se ha evidenciado que la gran mayoría de los trastornos de ansiedad que se inician en la infancia remiten en tres o cuatro años y, por tanto, los jóvenes no mantienen el diagnóstico a través del tiempo (Freidl et al., 2017). Aun así, tener un diagnóstico de algún trastorno de ansiedad en la etapa infanto-juvenil afecta a largo plazo. Es decir, si el trastorno de ansiedad no ha sido tratado o se ha tratado de forma ineficaz durante la juventud, existe una mayor probabilidad de presentar trastornos de ansiedad, depresión u otro tipo de afección en la adultez (Freidl et al., 2017).

Igual que ocurre con los trastornos de ansiedad, la literatura científica sugiere que la depresión durante la adolescencia actúa como un factor de riesgo en lo que se refiere a cronicidad y deterioro funcional tanto a largo como a corto plazo (Canals et al., 2018). Por tanto, recibir un adecuado tratamiento en etapas tempranas ayudaría a que el trastorno no tenga continuidad en la adultez (Canals et al., 2018). Por su parte, Garber (2006) informa que los síntomas depresivos subclínicos se asocian con un mayor riesgo de presentar un episodio de carácter depresivo mayor en la adultez.

Por todos estos motivos, se justifica la importancia de obtener recursos en la investigación, detección e intervención en salud mental de niños y adolescentes (Erskine et al., 2017). Disponer de datos relacionados con la prevalencia de los diferentes trastornos mentales es algo esencial para promocionar políticas que beneficien a la población infanto-juvenil haciendo que se reduzcan las posibilidades de cronificar los síntomas y/o trastornos que surjan de forma temprana.

Haciendo énfasis a todo lo mencionado en las páginas anteriores, hace más de un año que la pandemia generada por COVID-19 empezó y, por ende, una suma de acontecimientos y restricciones inesperadas han tenido un impacto psicológico en la población. Es de importancia investigar cómo afecta a nivel

psicológico esta crisis sanitaria para poder desarrollar estrategias que puedan mitigar el impacto en salud mental. La gran mayoría de estudios se han centrado en la población adulta, pero los niños y adolescentes también son personas que han vivido las mismas restricciones y acontecimientos que los adultos.

## 2. Objetivo

El objetivo principal del presente estudio es el siguiente:

- 1- Estimar el índice de prevalencia de los síntomas del trastorno de depresión mayor y de diferentes trastornos de ansiedad, concretamente, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo-compulsivo, que presentan los adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 18 años que residen en Vilanova i la Geltrú, provincia de Barcelona, durante la tercera ola de la pandemia COVID-19.

Como objetivos secundarios se encuentran los siguientes:

- 2- Evaluar si el sexo actúa como factor de riesgo a presentar síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión.
- 3- Analizar si los adolescentes que presentaban un diagnóstico psicológico en el momento de realizar la encuesta informarán de un empeoramiento de sus síntomas a raíz del COVID-19.
- 4- Evaluar si la presencia de diagnóstico en el momento de realizar la encuesta tiene relación con mayor probabilidad de manifestar síntomas de ansiedad y depresión en comparación con los adolescentes que no presentaban ningún diagnóstico.

En consonancia con la literatura científica, se argumentan las siguientes hipótesis respectivamente a los objetivos planteados:

- 1- Los niveles de sintomatología de los diferentes trastornos de ansiedad y depresión mayor se verán alterados en la gran mayoría de la muestra adolescente, presentando índices de prevalencia elevados;

2- Las mujeres tendrán más probabilidad de informar de sintomatología en los diferentes trastornos de ansiedad y depresión en comparación con los participantes del sexo opuesto;

3- Un porcentaje importante de los adolescentes con algún diagnóstico de carácter psicológico en el momento de realizar la encuesta informarán de un aumento de sus síntomas a raíz de la pandemia; y

4- Tener un diagnóstico psicológico en el momento de realizar la encuesta se verá relacionado con una mayor probabilidad de informar de sintomatología de ansiedad y depresión.

### **3. Método**

#### **3.1. Procedimiento**

Se realizó un estudio epidemiológico de tipo transversal. En primer lugar, se obtuvo el permiso ético por parte de la universidad considerando que el objeto de estudio cae dentro del ámbito de competencias del "Comitè Ètic d'Investigació en Persones, Societat i Medi Ambient (CEIPSA)".

Una vez obtenido el permiso, se contactó vía mail con un total de 8 colegios e institutos de Vilanova i la Geltrú con alumnos de edades de entre 14 y 18 años para proponer la recogida de datos a través de ellos. De esos centros, se obtuvo respuesta de cuatro, tres de las cuales fueron respuestas afirmativas. De estos tres colegios e institutos, uno es de enseñanza pública y el resto concertado. La obtención de datos se realizó mediante una encuesta durante los meses de marzo y abril a través de los tres centros educativos que dieron su consentimiento.

Debido a la situación generada por COVID-19, los participantes rellenaron la encuesta anónima de forma online, la duración de la cual era de unos 4-5 minutos, mediante Google Forms. Antes de proceder a completar la encuesta, los adolescentes fueron informados por escrito sobre los objetivos y el procedimiento del estudio y se solicitó su consentimiento informado.

#### **3.2. Instrumentos**

Se utilizó una encuesta anónima formada por dos partes. La primera parte incluía preguntas ad-hoc que recogía información respecto al sexo, edad y, si en el momento de completar la encuesta, se tenía un diagnóstico de carácter psicológico. En caso afirmativo, se preguntaba a los participantes si percibían que su sintomatología aumentó a raíz del COVID-19. La segunda parte, constaba de rellenar un instrumento de autoinforme estandarizado y validado en población infanto-juvenil española: Escala Revisada de ansiedad y depresión infantil (RCADS-30). Ver apéndice para más información.

La escala RCADS-30 (Sandín et al., 2010) es la versión española reducida de 30 ítems de la Escala Revisada de ansiedad y depresión infantil (RCADS) (Chorpita et al., 2000). Esta escala se utiliza para medir los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes con criterios DSM-IV (Chorpita et al., 2000).

La versión de 30 ítems consta de seis subescalas, iguales a la versión original, formadas por 5 ítems cada una. Las subescalas que la conforman evalúan el trastorno de pánico (TP), la fobia social (FS), el trastorno de ansiedad por separación (TAS), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno depresivo mayor (DM). Las opciones de respuesta de los ítems individuales van de 0 a 3, siendo: 0 "Nunca"; 1 "A veces"; 2 "A menudo"; y 3 "Siempre". La escala ofrece una puntuación total y una puntuación para cada subescala con puntos de corte establecidos para la identificación de padecer o no sintomatología (Sandín et al., 2010).

Las propiedades psicométricas de la escala son apropiadas. En relación con la fiabilidad de la escala, se encontró un coeficiente alfa de Cronbach (consistencia interna), en muestras no clínicas españolas de entre 10 y 17 años, del 0,89 comparable con la versión original española del 0,93 (Sandín et al., 2009; Sandín et al., 2010). La consistencia interna para cada subescala era alta, mostrando coeficientes que variaban de 0,68 a 0,78. Además, el alto resultado referente a correlación (0,98) entre la escala original como la abreviada determinó que evalúan el mismo constructo. De igual forma ocurría con las correlaciones entre las subescalas del test original y abreviado (Sandín et al., 2010). En cuanto a la estructura factorial, RCADS-30 mostró invarianza factorial en función de la edad, sexo y modalidad de aplicación (en papel u on-line) en una muestra no clínica española de entre 7 y 18 años (Pineda et al., 2018). Pudiendo afirmar que se puede aplicar en diferentes muestras y modalidades de aplicación con certeza de que los resultados no varíen en función de esas variables (Pineda et al., 2018). Por último, este autoinforme obtuvo buenas propiedades psicométricas tanto en población clínica como no clínica española de entre 8 y 18 años (Piqueras, Pineda et al., 2017) y su uso es apropiado para población infanto-juvenil de distintas culturas según la revisión de Piqueras, Martín Vivar et al. (2017).

### **3.3. Participantes**

Los criterios de inclusión fueron adolescentes de entre 14 y 18 años que viviesen en Vilanova i la Geltrú, comprendiesen el castellano y el catalán y que dieran su consentimiento a participar en el estudio rellenando un cuestionario.

La muestra se compuso por un total de 373 adolescentes de entre 14 y 18 años (Media= 15,51; Desviación típica (SD)= 1,1) que residen en Vilanova i la Geltrú, provincia de Barcelona. En cuanto al sexo, el 52,5% (N= 196) fueron mujeres y el 47,5% hombres (N= 177).

### **3.4. Análisis de datos**

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS versión 27. Se pasaron las respuestas individuales obtenidas en las encuestas de Google Forms al programa estadístico SPSS. A partir de aquí, se pudieron analizar los datos según los objetivos propuestos.

En primer lugar, para describir la muestra se llevaron a cabo los estadísticos descriptivos de media y desviación típica (SD) para la variable edad y se calcularon porcentajes para la variable sexo.

Para analizar el objetivo principal, se calculó el porcentaje e intervalo de confianza (IC) de 95% de los participantes con síntomas de los trastornos evaluados por cada subescala del RCADS-30. Es decir, el porcentaje de participantes con puntuaciones por encima del punto de corte establecido para cada subescala, pudiéndose determinar el índice de prevalencia.

Para el segundo objetivo se utilizó el contraste Chi-Cuadrado para estudiar la posible relación entre sexo y presentación de síntomas de trastornos de ansiedad y depresión. Además, se calculó el coeficiente de contingencia V de Cramer para analizar la intensidad de esta relación.

Para el tercer objetivo se calculó el porcentaje de participantes con un diagnóstico psicológico en el momento de realizar la encuesta que informaron de empeoramiento o no de síntomas propios de su trastorno existente.

Por último, para el cuarto objetivo se llevó a cabo el contraste Chi-Cuadrado para evaluar si existía relación entre informar tener diagnóstico psicológico en el momento de realizar la encuesta y presentar síntomas de trastornos de ansiedad y depresión. Además, para analizar también la intensidad de la relación se calculó el coeficiente de contingencia V de Cramer.

## 4. Resultados

### 4.1. Prevalencia de sintomatología por trastorno

Los síntomas con mayor prevalencia fueron del trastorno de fobia social con un porcentaje del 66,5 % (IC 62-71%). En cambio, el trastorno de ansiedad por separación con un porcentaje del 0,3% (IC 0-1%), fue el que menor prevalencia de síntomas se obtuvo en la muestra. Ver Tabla 1 para más información.

**Tabla 1**

*Sujetos (N) con síntomas y prevalencia de la muestra con síntomas por trastorno.*

	<b>Sujetos (N) con síntomas</b>	<b>%</b>	<b>IC (95%)</b>
Depresión mayor	194	52,0	47-57
Ansiedad por separación	1	0,3	0-1
Trastorno de pánico	65	17,4	13-21
Fobia social	248	66,5	62-71
Ansiedad generalizada	231	61,9	57-67
Obsesivo-compulsivo	224	60,1	55-65

#### 4.2. Relación sexo y presencia de síntomas de ansiedad y depresión

La tabla 2 muestra la tabla de contingencia o cruzada entre las variables sexo y presencia de síntomas de ansiedad y depresión. En ella se puede ver que un mayor porcentaje de mujeres presentaba síntomas en comparación con el sexo opuesto. La prueba de Chi-Cuadrado mostró la asociación entre ambas variables ( $\chi^2(1) = 49,652$ ;  $p = <,001$ ) y la magnitud de la relación fue moderada (Coeficiente V de Cramer = ,365).

**Tabla 2**

*Tabla de contingencia o cruzada entre las variables sexo y presentación de síntomas de ansiedad y depresión.*

		RCADS-30: presentación de síntomas				Total	
		Ausencia de síntomas		Presencia de síntomas		N	%
		N	%	N	%		
Sexo	Mujer	75	36,2	121	72,9	196	52,5
	Hombre	132	63,8	45	27,1	177	47,5
Total		207	100,0	166	100,0	373	100,0

### **4.3. Diagnóstico psicológico y empeoramiento de su sintomatología**

En cuanto a la variable diagnóstico psicológico en el momento de realizar la encuesta, se encontró que existía un mayor número de sujetos sin diagnóstico (n=317) representándose con un porcentaje del 85% frente al 15% de sujetos que si tenían un diagnóstico (n=56).

Referente a si los sujetos que presentaban un diagnóstico psicológico informaban de un empeoramiento de su sintomatología a raíz del COVID-19, se encontró que existía un mayor número de sujetos (n=39) que refirieron que no habían empeorado con un porcentaje del 69,6%, en comparación con los sujetos que referían que si (n=17) con un 30,4%.

### **4.4. Relación diagnóstico psicológico y presencia de síntomas de ansiedad y depresión**

La tabla 3 muestra la tabla de contingencia o cruzada entre las variables diagnóstico psicológico en el momento de realizar la encuesta y presencia de síntomas de ansiedad y depresión. En ella se pudo ver que la mayoría de los participantes que informaron de tener un diagnóstico psicológico, manifestaban síntomas de ansiedad y/o depresión (36 de los 56 participantes, es decir un 64%). Sin embargo, esto no ocurría entre aquellos participantes que no informaron tener un diagnóstico. Ciento treinta del total de 317 participantes que informaron no tener un diagnóstico, un 41% manifestaban síntomas. La prueba de Chi-Cuadrado mostró la asociación entre ambas variables ( $\chi^2(1)=10,440$ ;  $p=,001$ ) y se encontró una magnitud de la relación pequeña (Coeficiente V de Cramer= ,167).

**Tabla 3**

*Tabla de contingencia o cruzada entre las variables diagnóstico psicológico y presentación de síntomas de ansiedad y depresión.*

		RCADS-30: presentación de síntomas				Total	
		Ausencia de síntomas		Presencia de síntomas			
		N	%	N	%	N	%
Diagnóstico psicológico	No	187	90,3	130	78,3	317	85,0
	Si	20	9,7	36	21,7	56	15,0
Total		207	100,0	166	100,0	373	100,0

## 5. Discusión

El objetivo principal del presente estudio consistía en estudiar si los adolescentes de Vilanova i la Geltrú manifestaban síntomas de ansiedad y depresión durante la tercera ola de COVID-19.

Referente a la prevalencia de la sintomatología, los resultados van en consonancia con la hipótesis planteada, pudiendo afirmar que los índices de prevalencia en cuanto a sintomatología de cada trastorno son superiores a los informados por otros estudios realizados antes de la pandemia. A excepción del trastorno de ansiedad por separación (TAS) que obtiene un porcentaje de prevalencia menor en el estudio actual (Canals et al., 2018; Canals et al., 2019; Orgilés et al., 2012). La diferencia de los índices de prevalencia de los trastornos que en este estudio son superiores a los informados en otros estudios prepandémicos, podría ser explicada por la situación COVID-19 dónde diversos estudios y revisiones actuales han constatado ya un empeoramiento y aumento de síntomas de ansiedad y depresión en población infanto-juvenil (Nearchou et al., 2020). De importancia, el estudio longitudinal de Magson et al. (2021) que pone de manifiesto que los síntomas de ansiedad y depresión en población infanto-juvenil han aumentado a raíz del COVID-19 en comparación a la época anterior, supone otra explicación de suma relevancia que puede explicar los resultados obtenidos en el estudio actual.

Por lo que respecta al TAS, en el que se obtiene un porcentaje de prevalencia menor en el estudio actual, esta diferencia puede deberse a que es un trastorno prevalente antes de los 12 años (DSM-V, 2014) siendo poco común durante la adolescencia (Clark et al., 1994, como se citó en Sandín, 1997). Además, en los estudios de Orgilés et al. (2012) y Canals et al. (2019) sus muestras ampliaban el rango de edad recogiendo datos de sujetos más pequeños, pudiendo ser una explicación del por qué en el estudio actual se obtiene una prevalencia menor del trastorno de ansiedad por separación.

Respecto al segundo objetivo, relación entre sexo y presencia de síntomas de ansiedad y depresión, los resultados han ido en la misma dirección que la hipótesis planteada. Existe una asociación de magnitud moderada entre ser mujer y presentar sintomatología de ansiedad y depresión, dando soporte a los

estudios que apuntan que la variable mujer actúa como factor de riesgo a padecer trastornos de ansiedad (Beesdo et al., 2009; Voltas et al., 2017) y trastorno de depresión mayor (Garber, 2006). De igual importancia, la investigación de Zhou et al. (2020) realizada durante la pandemia originada por COVID-19 y el estudio longitudinal de Magson et al. (2021) que siguen en la misma línea que los resultados obtenidos en el presente estudio, dónde ser mujer actuaba como factor de riesgo a presentar sintomatología ansiosa y depresiva.

Referente al tercer objetivo del estudio, determinar si los participantes con diagnóstico psicológico en el momento de realizar la encuesta informan de un empeoramiento en su sintomatología, no se confirma la hipótesis planteada. Se observa que un mayor porcentaje de los sujetos con diagnóstico previo no percibieron un empeoramiento de su sintomatología a raíz del COVID-19. Este resultado va en contra de algunas revisiones (Galiano et al., 2020; Guessoum et al., 2020; Shah et al., 2020) y estudios (Young Minds, 2020) que concluyen que niños y adolescentes con trastornos mentales previos a la pandemia han experimentado un aumento de su sintomatología característica. Esta diferencia con la literatura ha podido deberse a la ausencia de información válida y fiable sobre el tipo de trastorno y sintomatología que presentaban los sujetos tanto antes de la pandemia como en el momento de realizar la encuesta.

Finalmente, los resultados obtenidos del análisis del cuarto objetivo confirman la hipótesis de la existencia de una asociación entre informar de tener un diagnóstico de trastorno psicológico en el momento de completar la encuesta y manifestar sintomatología de ansiedad y depresión, aunque la magnitud del efecto fue pequeño. La relación de intensidad pequeña puede haberse debido a lo mencionado en el párrafo anterior referente a la metodología poco fiable utilizada para determinar si presentaban o no diagnóstico psicológico, ya que es posible que dependiendo del tipo de diagnóstico los resultados en cuanto a síntomas difieran.

El presente estudio muestra una serie de limitaciones. Una de ellas se corresponde a la utilización de un test (RCADS-30) que mide la alteración de síntomas según criterios DSM-IV, lo cual puede obstaculizar la replicación de este estudio si se quiere evaluar con criterios actuales DSM-V. Otra limitación se

debe a que la muestra no es totalmente representativa de la población adolescente de Vilanova i la Geltrú al tratarse de una muestra de conveniencia y no elegida al azar, sino siendo una muestra obtenida de tres colegios e institutos, uno público y el resto concertado. Por último, mencionar la limitación que se ha presentado en los dos párrafos anteriores referente al método poco apropiado para evaluar el diagnóstico psicológico presente en el momento de realizar la encuesta para determinar el empeoramiento de sus síntomas y de la relación con presentar síntomas de carácter ansioso y/o depresivo.

Por otro lado, también se puede hablar de la fortaleza de este estudio que recae en la actualización de datos referentes a prevalencias de los trastornos de ansiedad y depresión presentes en adolescentes de una población concreta: Vilanova i la Geltrú.

Añadir, también, las implicaciones prácticas que pueden surgir a raíz de este estudio. Esta investigación puede concienciar a la población sobre la importancia de la salud mental de los adolescentes. Más concretamente, puede contribuir a concienciar a los profesionales en contacto directo con adolescentes, por ejemplo, docentes, psicólogos, padres, entre otros, de las necesidades psicológicas de los adolescentes y, por lo tanto, servir para animar a trabajar en la prevención primaria y secundaria en relación con los trastornos de ansiedad y depresión en la población adolescente. Así pues, conllevando a desarrollar programas de prevención y detección, para esas edades, que pueden hacer disminuir la probabilidad de presentar síntomas o de desarrollar algún trastorno en la edad adulta.

Por último, se contemplan las siguientes posibles futuras líneas de estudio que pueden partir del trabajo actual. Por un lado, la posibilidad de ser replicado en poblaciones distintas y en un momento de la pandemia distinto para poder ver si existen diferencias a medida que la situación avanza, ya sea volviendo a la normalidad o surgiendo de nuevo otro brote. Y, por el otro lado, que otras investigaciones puedan contemplar otras variables a estudiar que el estudio actual no ha priorizado y que son de suma importancia para el bienestar y salud mental de la población infanto-juvenil. Entre estas variables, aquellas referentes a la afectación del COVID-19 en la vida académica de los jóvenes, en la vida familiar y social, ya que diversos estudios (Duan et al., 2020; Magson et al.,

2021; Ravens et al., 2021) han confirmado que la pandemia también ha conllevado dificultades en estas áreas de las vidas de los niños y adolescentes e, incluso, se han relacionado esas dificultades con síntomas referentes a salud mental (Magson et al., 2021). Por ello, sería interesante poder ver cómo todas las variables implicadas en las vidas de la población infanto-juvenil se han visto afectadas y relacionadas con la salud mental de estos durante la pandemia generada por COVID-19.

## **6. Conclusiones**

En conclusión, los resultados del estudio muestran que la salud mental de los adolescentes participantes de Vilanova i la Geltrú, se ha visto afectada presentando prevalencias superiores en comparación con prevalencias halladas en estudios anteriores a la pandemia, exceptuando el trastorno de ansiedad por separación. Los resultados también sugieren que el sexo, específicamente ser mujer, tiene relación con informar de sintomatología ansiosa y depresiva en comparación con el sexo opuesto. También se concluye que existe asociación entre presentar un diagnóstico previo en el momento de realizar la encuesta y presentar sintomatología de trastornos de ansiedad y depresión, pero que la gran mayoría de sujetos con diagnóstico previo no percibieron un empeoramiento de sus síntomas característicos a raíz del COVID-19.

## **7. Agradecimientos**

Mi gratitud a los centros educativos de Vilanova i la Geltrú que permitieron la recogida de datos a través de ellos como son Col·legi Sant Bonaventura, Escola Pia e Institut Baix a Mar, además de todos los adolescentes de entre 14 y 18 años que aceptaron responder la encuesta. Agradecer también la ayuda prestada por mi tutora Dra. Anna Huguet Roselló que guio, durante todo el proceso, el presente estudio.

## 8. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(6), 670-677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- Becerra, J. A., Giménez, G., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito, S. y Calvo, A. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Revista española de Salud Pública*, 94, e202006059. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721488>
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 483-524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7513>
- Caballo, V. E. y Simón M. A. (2001). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales*. Pirámide.
- Canals, J., Hernandez-Martinez, C., Sáez, M. y Arija, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years?. *Psychiatry research*, 268, 328-334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>

- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S. y Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 28(1), 131-143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A. y Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour research and therapy*, 38(8), 835-855. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00130-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8)
- Danneel, S., Nelemans, S., Spithoven, A., Bastin, M., Bijttebier, P., Colpin, H., Van Den Noortgate, W., Van Leeuwen, K., Verschueren, K. y Goossens, L. (2019). Internalizing problems in adolescence: linking loneliness, social anxiety symptoms, and depressive symptoms over time. *Journal of abnormal child psychology*, 47(10), 1691-1705. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00539-0>
- Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., Yang, X. y Zhu, G. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *Journal of affective disorders*, 275, 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>
- Erskine, H. E., Baxter, A. J., Patton, G., Moffitt, T. E., Patel, V., Whiteford, H. A. y Scott, J. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(4), 395-402. <https://doi.org/10.1017/s2045796015001158>
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 831-843. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00179-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00179-X)
- de Figueiredo, C. S., Sandre, P. C., Portugal, L. C. L., Mázala-de-Oliveira, T., da Silva Chagas, L., Raony, Í., Ferreira, E. S., Giestal-de-Araujo, E., dos Santos, A. A. y Bomfim, P. O. S. (2021). COVID-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, environmental, and social factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 106, 110171. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110171>

- Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S. y Muñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 217-225. <http://www.p3-info.es/pdf/prevalenciaycaracteristicassintomatologiadepresivaadolescentes.pdf>
- Freidl, E. K., Stroeh, O. M., Elkins, R. M., Steinberg, E., Albano, A. M. y Rynn, M. (2017). Assessment and treatment of anxiety among children and adolescents. *Focus*, 15(2), 144-156. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160047>
- Galiano, M. C., Prado, R. F. y Mustelier, R. (2021). Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*, 92. <http://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1342>
- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *American journal of preventive medicine*, 31(6), 104-125. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.007>
- Guessoum, S. B., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L. y Moro, M. R. (2020). Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry research*, 113264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>
- Johnson, D. P., Whisman, M. A., Corley, R. P., Hewitt, J. K. y Rhee, S. H. (2012). Association between depressive symptoms and negative dependent life events from late childhood to adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 40(8), 1385-1400. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9642-7>
- Magson, N.R., Freeman, J.Y., Rapee, R.M., Richardson, C.E., Oar, E.L. y Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44-57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>

- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S. y Hennessy, E. (2020). Exploring the impact of CoViD-19 on mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8479. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
- Ochando, G. y Peris, S.P. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*, 21(1), 39-46. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Ansiedad%20en%20la%20edad%20pediatrica.pdf>
- Olofsdotter, S., Vadlin, S., Sonnby, K., Furmark, T. y Nilsson, K. W. (2016). Anxiety disorders among adolescents referred to general psychiatry for multiple causes: clinical presentation, prevalence, and comorbidity. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 4(2), 55-64. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2016-010>
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L. y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C. y Espada, J. P. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *Frontiers in psychology*, 11: 579038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
- Orgilés, M., Espada, J. P., Delvecchio, E., Francisco, R., Mazzeschi, C., Pedro, M. y Morales, A. (2021). Anxiety and depressive symptoms in children and adolescents during covid-19 pandemic: a transcultural approach. *Psicothema*, 33(1), 125-130. doi:[10.7334/psicothema2020.287](https://doi.org/10.7334/psicothema2020.287)
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. y Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

- Pineda, D., Martín-Vivar, M., Sandín, B. y Piqueras, J. A. (2018). Factorial invariance and norms of the 30-item shortened-version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30). *Psicothema*, 30(2), 232-237.  
doi:10.7334/psicothema2017.276
- Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandin, B., San Luis, C. y Pineda, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 153-169.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.022>
- Piqueras, J. A., Pineda, D., Martin-Vivar, M. y Sandín, B. (2017). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale– 30 (RCADS-30) in clinical and non-clinical samples. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 183-196.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.19332>
- Ravens, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. y Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-11.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Rojo, N. (2009). Diferencias de género en la psicopatología de adolescentes. *La Salud Mental de las Personas Jóvenes en España. Revista de Estudios de Juventud*, 84, 11-25.  
<http://ww.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/24753b92535d9a1454af89fa2bb5b12c1b58fe2d.pdf#page=12>
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S. y Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(57), 1-11.  
<https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Dykinson.
- Sandín, B., Valiente, R. M. y Chorot, P. (2009). RCADS: evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.3.2009.4078>

- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-Item version of the revised child anxiety and depression scale. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15(3), 165-178.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Seligman, L. D. y Wuyek, L. A. (2007). Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: An exploratory study. *The Journal of psychology*, 141(2), 135-145. <https://doi.org/10.3200/JRLP.141.2.135-146>
- Shah, K., Mann, S., Singh, R., Bangar, R. y Kulkarni, R. (2020). Impact of COVID-19 on the Mental Health of Children and Adolescents. *Cureus*, 12(8): e10051.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.10051>
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M. y Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 277-283. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Tayeh, P., Agámez, P. y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop SCP*, 15(1), 6-18. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Arija, V. y Canals, J. (2017). The natural course of anxiety symptoms in early adolescence: factors related to persistence. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(6), 671-686.  
<https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1347642>
- Vindegaard, N. y Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior and Immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J. y Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 281, 91-98.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>

Young Minds. (2020). *Coronavirus: Impact on young people with mental health needs*.

[https://youngminds.org.uk/media/3708/coronavirus-report\\_march2020.pdf](https://youngminds.org.uk/media/3708/coronavirus-report_march2020.pdf)

Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X. y Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child Adolescent Psychiatry* 29, 749–758.

<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

## Apéndice

### LA SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES DE ENTRE 14 Y 18 AÑOS DE VILANOVA I LA GELTRÚ DURANTE LA TERCERA OLA DE COVID-19

Soy estudiante de 4to curso de la carrera de Psicología en la Universidad Rovira i Virgili (URV). Esta encuesta corresponde a la investigación para mi Trabajo de Fin de Grado.

Para ello, pido tu autorización para rellenar este cuestionario. Declarando haber sido informado de los siguientes puntos:

- El objetivo de esta encuesta es recoger datos de los adolescentes de Vilanova i la Geltrú en cuanto al riesgo de padecer sintomatología de trastornos de ansiedad y depresión en el momento actual de la pandemia generada por COVID-19.
- La duración es breve. Aproximadamente entre 4-5 minutos.
- Esta encuesta no recoge datos personales. Es totalmente anónima.
- Los resultados serán tratados, únicamente, con fines académicos.
- La participación en esta investigación es voluntaria y no supone ningún riesgo para la salud física o mental.
- Compensación por participar: no se recibirá ninguna compensación.
- Por favor, contesta con total sinceridad.
- Si tienes cualquier duda, no dudes en contactar:

#### **DATOS DE CONTACTO:**

**CORREO** [elena.bedoya@estudiants.urv.cat](mailto:elena.bedoya@estudiants.urv.cat)

**Al iniciar la encuesta, es decir, pasar a la siguiente página, afirmas haber leído la descripción expuesta y das tu consentimiento para rellenar el cuestionario.**

**DATOS GENERALES**

Sexo

- Mujer
- Hombre

Edad

- 14
- 15
- 16
- 17
- 18

¿En la actualidad, presentas un diagnóstico psicológico?

En caso de respuesta afirmativa, pasa a la siguiente pregunta. En caso de respuesta negativa, pasa a las preguntas del Cuestionario RCADS-30 de la siguiente página.

- Si
- No

En caso afirmativo en la pregunta anterior, ¿percibes que la sintomatología característica de tu diagnóstico ha aumentado a raíz del COVID-19?

- Si
- No

A continuación, se presentan una serie de preguntas para saber cómo te has sentido últimamente. No hay respuestas buenas ni malas. Por favor, selecciona la respuesta que mejor refleje la frecuencia con que te ocurre cada una de las siguientes cosas.

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1. Me siento triste o decaído/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De repente siento como si no pudiera respirar sin saber porqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me preocupa parecer tonto/a ante la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentiría miedo si estuviera solo/a en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me preocupo mucho por las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento mal por tener pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me cuesta divertirme o pasarlo bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De repente empiezo a temblar o a agitarme sin saber porqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me da miedo hacer las cosas mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estar lejos de mis padres me da miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa que le ocurra algo terrible a alguno de mis familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tengo que seguir comprobando que he hecho las cosas bien (como que el interruptor está apagado o la puerta cerrada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me siento con muy poca energía para hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. De repente me siento muy asustado/a sin saber porqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me preocupa lo que otras personas piensen de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si tengo que dormir solo/a siento miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me preocupa que me ocurran cosas malas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tengo pensamientos malos o tontos que no puedo quitar de mi cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me resulta muy difícil pensar con claridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. De repente mi corazón empieza a latir rápido sin saber porqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me da miedo si tengo que hablar delante de la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Por las mañanas al ir al colegio me da miedo separarme de mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me preocupa que me ocurra algo malo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tengo que concentrarme en pensamientos especiales (como números o palabras) para que no ocurran cosas malas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Siento que no valgo para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Me preocupa que de repente me sienta asustado/a, aunque no haya nada por lo que deba tener miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Me asusta ponerme en ridículo delante de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sentiría miedo si tuviera que pasar la noche fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me preocupa lo que vaya a ocurrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tengo que repetir algunas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o colocar cosas en un orden determinado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>