

Mohamed Jaadi El Hatmi y Gerard Lacambra Frias

**IDENTIFICAR EL ROL DE ENFERMERÍA EN LA INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN
DEL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN ADOLESCENTES. REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA.**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por Dra Inés Sombrero Torres

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2025

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra tutora Inés Sombrero Torres, por el seguimiento, el ánimo, las indicaciones y la confianza que nos ha dado durante todo el trabajo. Ha sido un placer tenerla como tutora de este trabajo de fin de grado.

En segundo lugar, queremos agradecer a la Universitat Rovira i Virgili por su servicio de Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI), ya que gracias a esta herramienta hemos podido acceder a los estudios y realizar nuestra revisión bibliográfica.

Finalmente, queremos agradecer a nuestros familiares y amigos por el soporte y la confianza que nos han brindado durante el proceso.

ÍNDICE

1. RESUMEN Y ABSTRACT	4
2. INTRODUCCIÓN	6
3. OBJETIVOS:	8
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1 Epidemiología	9
4.2 Causas y factores de riesgo	10
4.3 Signos, síntomas, diagnóstico y clasificación	11
4.4 Prevención del TDM	13
4.5 Tratamientos y terapias (GPC)	15
4.6 Otros problemas que derivan de la DM	18
4.7 Estigma asociado a la DM	19
5. METODOLOGÍA	20
5.1 Pregunta PICO:	21
6. RESULTADOS	24
7. DISCUSIÓN	33
7.1. Perfil sociodemográfico	33
7.2. Factores de riesgo	33
7.3. Prevención y educación de la salud	36
7.4. Efectividad de la TCC	39
7.5. Impacto de las intervenciones en la calidad de vida	40
7.6. Limitaciones del estudio	42
7.7. Propuesta de líneas futuras de investigación y actuación	43
8. CONCLUSIÓN	45
9. BIBLIOGRAFÍA	46
10. ANEXOS	51

LISTA DE ABREVIATURAS:

AID – *Assertive Intervention for Deliberate Self-Harm*

ASAP – *As Safe as Possible*

BDI-II – Beck Depression Inventory – Second Edition (Inventario de Depresión de Beck – Segunda edición)

BMP – *Brief Multifamily Psychoeducation* (Psicoeducación multifamiliar breve)

CS – Conducta Suicida

DM – Depresión Mayor

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*

ECA – Ensayo Clínico Aleatorizado

HRB – *Health Risk Behaviors* (Conductas de riesgo para la salud)

IPPA – *Inventory of Parent and Peer Attachment* (Inventario de Apego entre Padres e Hijos)

ISRS – Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina

OMS – Organización Mundial de la Salud

PHQ – *Patient Health Questionnaire*

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

SDS – Escala de Depresión Autoinformada

SEYLE – *Saving and Empowering Young Lives in Europe*

SM – Salud Mental

SSA – *Survivors of Suicide Attempts*

TAND – Terapia de Apoyo No Directiva

TCC – Terapia Cognitivo Conductual

TCC-I – Terapia Cognitivo Conductual de autoayuda digital para el insomnio

TDC – Terapia Dialéctica-Conductual

TDM – Trastorno Depresivo Mayor

TEC – Terapia Electroconvulsiva

TIC – Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

TIP – Terapia Interpersonal

TOC – Trastornos Obsesivos Compulsivos

1. RESUMEN Y ABSTRACT

Resumen:

Introducción: La Depresión Mayor (DM) se puede definir como un trastorno crónico del estado de ánimo, caracterizado por sentimientos de tristeza y de vacío prolongados en el tiempo, con pérdida de interés por las actividades de la vida diaria. La alta prevalencia de este trastorno en adolescentes, sobre todo después de la pandemia de COVID-19, crea una necesidad prioritaria de identificación, de medidas preventivas y de actuación activa por parte de enfermería, para frenar el incremento de este trastorno, ya que después del primer episodio son muy frecuentes las recaídas.

Objetivo general: Identificar los cuidados de enfermería en la intervención y prevención de la DM que mejoren la calidad de vida en adolescentes.

Metodología: Revisión bibliográfica basada en la evidencia científica de artículos en diferentes bases de datos, sobre la DM en adolescentes. La búsqueda de los artículos se realizó entre noviembre y enero de 2025, y se restringió la búsqueda del 2018 al 2024, ambos incluidos. Las bases de datos utilizadas son: Pubmed, Cinahl, Scielo, Scopus, Dialnet, Cuiden, Biblioteca Cochrane, Enferteca, Web of Science, Medline, Clinical Key Student y Cuidatge. Las palabras clave se unieron con “AND” como operador booleano.

Resultados: Después de realizar la búsqueda, se incluyeron nueve artículos que cumplían los criterios de inclusión.

Conclusiones: Las intervenciones de enfermería son esenciales para frenar el aumento de la DM en los adolescentes. Los estudios analizados, indican la importancia de la prevención de los factores de riesgo, la identificación temprana con herramientas validadas como el PHQ-9, evitando complicaciones como la conducta suicida. También afirman la importancia de un tratamiento personalizado que incluya terapia psicológica, siendo la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) la más efectiva, añadiendo el tratamiento farmacológico si es necesario. Es necesario realizar investigaciones con una evidencia científica clara sobre las intervenciones que la enfermería debe abordar en este trastorno.

Palabras clave: Enfermería, adolescentes, trastorno depresivo mayor.

**Abstract:**

Introduction: Major Depressive Disorder can be defined as a chronic mood disorder characterized by persistent feelings of sadness and emotional emptiness, accompanied by a marked loss of interest in daily activities. The high prevalence of this condition among adolescents, particularly in the aftermath of the COVID-19 pandemic, underscores the urgent need for early identification, preventive strategies, and proactive involvement from nursing professionals. Such efforts are essential to help mitigate the growing incidence of this disorder, especially considering the high risk of relapse following the first depressive episode.

Overall objective: Identify nursing interventions for the treatment and prevention of Major Depression that improve the quality of life in adolescents.

Methodology: Literature review based on scientific evidence from articles retrieved from various databases, focusing on Major Depressive Disorder (MDD) in adolescents. The article search was conducted between November and January 2025, and was limited to publications from 2018 to 2024, inclusive. The databases used were: PubMed, CINAHL, SciELO, Scopus, Dialnet, CUIDEN, Cochrane Library, Enferteca, Web of Science, Medline, ClinicalKey Student, and Cuidatge. The keywords were combined using "AND" as the Boolean operator.

Results: After completing the search, nine articles that met the inclusion criteria were selected.

Conclusions: Nursing interventions are essential to curb the rising incidence of Major Depressive Disorder in adolescents. The studies reviewed emphasize the importance of preventing risk factors, ensuring early identification through validated tools such as the PHQ-9, avoiding complications such as suicidal behavior, and implementing a personalized treatment approach. This should include psychological therapy, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) being the most effective, alongside pharmacological treatment when necessary. Further research with robust scientific evidence is needed to clearly define the nursing interventions required in the management of this disorder.

Key words: Nursing, adolescents, major depressive disorder.

2. INTRODUCCIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es un trastorno de la salud mental que afecta la salud emocional, física y social de las personas que la padecen. Afecta a la salud de millones de personas en el mundo y genera una caída significativa de la calidad de vida de las personas que la sufren. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 50% de los trastornos de salud mental que sufre la población adulta empiezan antes de los 14 años, pero la mayoría de las veces no se previenen, no se detectan ni se tratan adecuadamente (1).

Conocer la prevalencia de la depresión es importante para establecer un correcto plan de actuación en nuestra región. Los estudios epidemiológicos del TDM en la etapa adolescente muestran medidas heterogéneas difíciles de interpretar, ya que los datos del estudio Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE), indican que la prevalencia de adolescentes con una edad media de 14,8 años diagnosticados del TDM en España es de un 8,6% (2), en cambio artículos más recientes como el Estudio de Salud Mental en España realizado por el Ministerio de Sanidad en el año 2022, la prevalencia es del 5,6% en los adolescentes de 13 a 18 años (3). En el estudio "Adolescencia y depresión: un modelo de intervención comunitario" hecho en Cataluña, encontraron que la prevalencia del TDM moderada-grave en adolescentes de 14 a 16 años es del 9,4% (6,9% moderada y 2,5% grave) (4).

El TDM consiste en un estado de ánimo negativo con aumento del cansancio y desinterés por las actividades cotidianas, con una duración mayor a dos semanas. Los síntomas negativos son provocados por la disminución de la serotonina en el cerebro, un neurotransmisor que regula el ánimo y el sueño, entre otras funciones. En adolescentes, este trastorno puede expresarse de forma distinta que en los adultos, ya que pueden dominar síntomas como irritabilidad, cambios en el comportamiento o un aumento en el aislamiento, y no se deben confundir con los estados de ánimo característicos de la etapa adolescente (2,3).

El tratamiento se basa en un enfoque holístico que incluye terapia psicológica, farmacológica, apoyo del entorno social, escolar y familiar, ejercicio y estilo de vida saludable, evitando adicciones. La TCC, es la terapia psicológica más efectiva para reducir los pensamientos negativos de la depresión, ya que se centra en identificar y modificar los patrones de pensamiento y comportamientos distorsionados que provocan el sufrimiento. Profundizaremos más en el marco teórico sobre las terapias



psicoeducativas, como la terapia interpersonal que ayuda a mejorar las relaciones sociales.

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), son los antidepresivos más utilizados ya que inhiben la recaptación de la serotonina por las neuronas, aumentando los niveles de serotonina en las sinapsis neuronales. Los médicos deben supervisar los pacientes con ISRS, ya que aumentan el riesgo de suicidio un 1% respecto a las personas que no se tratan en las primeras semanas de tratamiento (5).

Este trastorno se ha convertido en una de las principales preocupaciones de salud pública en el siglo XXI a causa de su multifactorialidad, que dificulta su diagnóstico y tratamiento.

Este trabajo de fin de grado busca ofrecer una visión integral de la depresión, empezando con un análisis de sus diferentes causas, signos y síntomas, diagnóstico, clasificación, complicaciones, prevención, así como revisar los tratamientos disponibles que abordan desde la psicoterapia hasta la farmacología. También resulta interesante tratar el papel de la sociedad en relación al estigma que rodea el diagnóstico de la DM, así como la importancia de la psicoeducación para promover una mayor empatía con las personas que la padecen. Este estudio valorará las tendencias actuales para combatir la depresión en los adolescentes, incluyendo intervenciones y programas de prevención, para realizar un protocolo de actuación que sirva como recurso para los profesionales de salud, estudiantes y otras personas interesadas en comprender mejor este trastorno.

Se ha escogido esta temática para realizar el trabajo de fin de grado porque consideramos que este trastorno tiene una alta prevalencia en nuestro país, y más en nuestra comunidad autónoma. Además, la enfermería tiene un rol fundamental en la prevención y seguimiento de las personas diagnosticadas con DM. Estos motivos nos han motivado a realizar una revisión bibliográfica, para unificar los conocimientos ya existentes y realizar un protocolo de actuación actualizado para tratar el TDM en los adolescentes.

3. OBJETIVOS:

Objetivo principal:

Identificar los cuidados de enfermería en la intervención y prevención de la depresión mayor que mejoren la calidad de vida en adolescentes.

Objetivos específicos:

1. Conocer las causas y los factores de riesgo del TDM en la salud de los adolescentes.
2. Determinar el impacto del TDM en la calidad de vida de los pacientes adolescentes.
3. Estudiar las intervenciones y programas de salud de enfermería para el TDM en adolescentes.

4. MARCO TEÓRICO

La DM es un trastorno de la salud mental que se caracteriza por un estado de ánimo triste persistente y sentimientos de vacío, con pérdida de interés por las actividades cotidianas, que influyen en el desarrollo emocional, social, académico y funcional de las personas que lo padecen, y si no se reconoce de forma temprana y se trata desde un principio de forma adecuada, puede llevar a problemas mayores en el desempeño académico, en las relaciones interpersonales, en el desarrollo emocional y podría provocar el suicidio, una de las principales causas de muerte en los jóvenes (6). A menudo estos síntomas pasan desapercibidos por los cambios conductuales, físicos y cognitivos que caracterizan la etapa de la adolescencia. Un porcentaje alto de los trastornos mentales en la vida adulta se inician en la etapa infanto juvenil, motivo por el cual es importante tratarlos de forma precoz (2).

Existen diversos tipos de depresión, como el trastorno afectivo estacional, la depresión posparto, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno bipolar que alterna estados depresivos con estados de manía y por último, el trastorno depresivo persistente (distimia), que es muy importante saber diferenciarlo del TDM. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, quinta edición (DSM-5) el trastorno depresivo persistente (distimia), es un estado de ánimo negativo que dura dos años o más en adultos y un año o más en adolescentes y niños. Se caracteriza por presentar épocas con síntomas menos graves y momentos de depresión mayor y tiene que cumplir la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: falta de energía, aumento o pérdida de apetito, aumento o disminución de sueño, dificultades para concentrarse, baja autoestima y desesperanza. (4)

4.1 Epidemiología

La DM es un trastorno de alta prevalencia en la población adolescente. Los estudios epidemiológicos de prevalencia de TDM en adolescentes exponen medidas heterogéneas difíciles de interpretar, debido a las diferentes metodologías que utilizan. De acuerdo con el Estudio de Salud Mental en España (realizado por el Ministerio de Sanidad, 2022), la prevalencia de la depresión mayor es del 2,8% en niños (hasta 13 años) y del 5,6% en los adolescentes (13-18 años), y sólo una de cada tres personas con trastornos depresivos en adolescentes se tratan de forma adecuada. Se estima que alrededor del 10-15% de los adolescentes sufren síntomas depresivos, pero no todos cumplen las normas para un diagnóstico de depresión mayor. En España las

chicas en adolescencia tardía (15-18 años), tienen el doble de posibilidades de sufrir DM que los chicos (3).

La guía de práctica clínica sobre la Depresión Mayor en adolescentes del 2018, indica que la prevalencia de adolescentes con una edad media de 14,8 años diagnosticados de una DM en España, es de un 8,6% (2). Respecto al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en el estudio de Salud Mental en la población infantil y juvenil, indica que el 5-6% de los adolescentes entre 14 y 18 años sufren de DM en alguna ocasión de su vida. En el estudio “Adolescencia y depresión: un modelo de intervención comunitario” en Cataluña, la prevalencia de DM moderada-grave en adolescentes de 14 a 16 años es del 9,4% (6,9% moderada y 2,5% grave)(4).

Una causa importante de diagnóstico temprano y de la intervención preventiva, es la alta tasa de suicidio en los adolescentes, situándose como segunda causa de muerte. Se estima que el 60% de las muertes por suicidio tienen TDM y alrededor del 15-20% de los jóvenes con DM han tenido pensamientos suicidas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística en el 2020, hay un punto de inflexión en el grupo adolescente, pasando de 14 muertes por suicidio en menores de 15 años a 300 suicidios en personas de 15 a 29 años (3).

4.2 Causas y factores de riesgo

Los factores de riesgo de padecer DM en adolescentes son diversos, y pueden ser biológicos, psicológicos, familiares y sociales.

El rasgo biológico hace referencia a factores genéticos y se valora con los antecedentes familiares de DM. El sexo femenino tiene entre el doble y el triple de probabilidades de padecer este trastorno. La edad también es un factor importante ya que a partir de los 15 años se acentúa la probabilidad de sufrir el TDM. Las enfermedades y las discapacidades físicas o cognitivas son factores determinantes en la DM en adolescentes (7).

La causa psicológica abarca trastornos psíquicos, como son los trastornos de ansiedad y de conducta; la disforia de género, la orientación sexual, los estados emocionales negativos, la autoestima baja y la vivencia de situaciones estresantes como podrían ser los refugiados o cualquier otro tipo de vivencia estresante (2).

Las causas familiares incluyen trastornos psíquicos en los padres, vivencias estresantes como la muerte de un ser querido, conflictos en las relaciones familiares,

el divorcio, una mala relación de los hijos con los padres o cualquier desestructuración familiar y abusos físicos, psíquicos o sexuales (3).

Por último son claves la situación social y el entorno para el desarrollo de la DM. Investigaciones recientes indican que el fracaso escolar, la mala adaptación a este entorno, la falta de amigos, las dificultades para socializar, las conductas adictivas sin sustancias, como la ciberadicción y el ciberacoso, que hace referencia a dedicar un tiempo exagerado a las redes sociales, y en especial cuando se experimentan situaciones de exclusión, son todos ellos factores de alarma. Por otro lado, los adolescentes institucionalizados o que viven en entornos de acogida o migración son factores que ayudan a desarrollar DM (8).

La pandemia de COVID-19 ha aumentado las tasas de depresión y está vinculada a factores como el estrés social, familiar, escolar y, más recientemente, las consecuencias psicosociales derivadas de esta crisis (9).

4.3 Signos, síntomas, diagnóstico y clasificación

La DM consiste en un estado de ánimo negativo con aumento de la fatigabilidad y pérdida de interés por las actividades diarias, con una duración mayor a dos semanas. En los adolescentes, este trastorno puede manifestarse de manera diferente que en los adultos, ya que pueden prevalecer síntomas como irritabilidad, cambios en el comportamiento o un aumento en el aislamiento social (2).

Los criterios diagnósticos del TDM según el DSM-5 son los siguientes:

El factor esencial es la duración mínima de al menos 2 semanas seguidas, en el que la persona expresa un mínimo de 5 síntomas, de los cuales al menos uno tiene que ser, el estado de ánimo depresivo o la disminución del interés o del placer por casi todas las actividades que le producían bienestar. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo, y no tienen que estar vinculados a efectos de alguna sustancia, ni haber sufrido un episodio maníaco o hipomaníaco. El episodio no debe explicarse mejor por otro trastorno psiquiátrico (10).

Los síntomas que indica el DSM-5 són los siguientes:

Tabla 1: Criterios diagnósticos de la DM según DSM-5

1. Estado de ánimo deprimido o irritable gran parte del día, casi todos los días.
2. Disminución del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día que le producían bienestar, casi todos los días.
3. Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes con o sin un plan determinado para llevarlo a cabo o un intento de suicidio previo.

Fuente: DSM-5 (10)

El DSM-5 clasifica la DM en leve, moderada o grave:

Tabla 2: Criterios especificadores de gravedad de la DM.

- Leve: pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.
- Moderada: el número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para leve o grave.
- Grave: el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Fuente: DSM-5 (10).

Otro criterio diagnóstico muy utilizado es el propuesto por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), y sigue unas normas muy parecidas al DSM-5. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas típicos de la depresión que son; el ánimo depresivo, la pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar y el aumento de la fatigabilidad. Esta clasificación tiene

unos criterios de gravedad que depende de si están presentes o ausentes la DM se clasifica en leve, moderada o grave (11).

4.4 Prevención del TDM

Durante la etapa adolescente se deben planificar de forma particular las intervenciones comunitarias y sanitarias de prevención. Es importante promover unidades especializadas bien preparadas para detectar y tratar de forma temprana los problemas de salud mental en la adolescencia. Los abordajes interdisciplinarios deben permitir trabajar con el adolescente y su círculo, que incluye la familia, el centro escolar y el entorno comunitario, ya que se ha demostrado obtener mejores resultados (3).

Primaria: Estas estrategias previenen la aparición de la depresión antes de que se desarrolle. Entrenar las habilidades sociales, mediante el control emocional, la comunicación efectiva y las técnicas de relajación; sensibilizar y prevenir el abuso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) y otras conductas adictivas ayudan a prevenir el TDM. Es crucial para reducir la ciberadicción, el ciberacoso y la DM; el entorno familiar agradable con una buena comunicación entre padres e hijos, educar en salud mental, facilitar la integración social, combatir el acoso escolar, mejorar la condición física con ejercicio físico regular, implementar los programas que identifiquen los adolescentes en riesgo, que enseñen el peligro del consumo de drogas y los programas de educación sobre el sueño que ayudan a prevenir la DM en los adolescentes (4,12).

La Ley Orgánica 8/2021, del 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, ha elaborado una estrategia para la administración sanitaria que promoverá e impulsará acciones para la promoción del buen trato, la prevención y la detección precoz de la violencia y otros posibles factores de riesgo en la infancia y la adolescencia (13).

Secundaria: Se centra en detectar la depresión de forma temprana para evitar complicaciones. La detección precoz se basa en evaluaciones periódicas en centros clínicos, educativos o comunitarios. La incorporación de un procedimiento de cribado permite la identificación de los adolescentes que llegan a servicios de atención primaria, mediante herramientas validadas como el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-2) (14) para poder intervenir en los casos leves. Se realizan dos preguntas, una sobre el estado anímico y otra sobre la capacidad de disfrutar de las actividades

durante las dos últimas semanas. Si se obtiene una puntuación mayor o igual a 3 se tendrá que realizar una evaluación diagnóstica. (2)

Tabla 3: Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-2)

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1	Tener poco interés o disfrutar poco haciendo actividades	0	1	2	3
2	Sentirse desanimado/a, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3

Punto de corte: ≥ 3 indica la necesidad de una evaluación diagnóstica.

Fuente: Guía de Práctica clínica (14).

Los equipos de salud mental junto con los psicólogos escolares, enfermeras escolares, trabajadores sociales y el equipo educativo tienen que fortalecer la formación en discriminación y seguimiento de problemas relacionados con la salud mental, para poder ofrecer una buena promoción del bienestar mental. Si se mejora la accesibilidad de la comunidad educativa a los servicios de Salud Mental (SM), se ofrecería la promoción del bienestar mental, la identificación y la evaluación de intervenciones tempranas, el asesoramiento individual o grupal y la derivación a servicios comunitarios (12).

Terciaria: Estas estrategias se explican en el punto 4.5, y están destinadas a minimizar el impacto de la depresión diagnosticada, evitando complicaciones, mejorando la calidad de vida y reduciendo la recurrencia del trastorno. El plan terapéutico individualizado junto con la gestión de casos están recomendados en adolescentes con depresiones que tienden a la cronicidad o a un grado de discapacidad. (2, 3, 8)

Quaternaria: Son intervenciones que evitan o disminuyen los resultados del trabajo innecesario o excesivo del sistema sanitario, evitando el sobrediagnóstico y el sobretatamiento, previniendo el deterioro asociado a la asistencia sanitaria. La valoración continua de la carga de tratamiento debe estar basada en la evidencia, sobretudo en pacientes crónicos polimedicados; realizando la desprescripción como parte del proceso de una buena prescripción, cuando esté indicado; optimizando la atención, la seguridad, los recursos y mejorando la calidad de vida de los adolescentes. El pacto terapéutico con el paciente es importante para una buena

adherencia terapéutica y un buen pronóstico, por la importancia de hacer partícipe a la persona de su proceso de recuperación, especialmente en los tratamientos que incluyan farmacoterapia (15).

4.5 Tratamientos y terapias (GPC)

Psicoterapia: Estos tratamientos forman parte de la prevención terciaria, e intentan minimizar el impacto y las complicaciones del trastorno. La psicoterapia se define como una intervención terapéutica, integral y planificada, basada en formaciones científicas que abordan alteraciones en el comportamiento y trastornos mentales, relacionados con factores biopsicosociales.

Utiliza métodos de interacción de los usuarios con psicoterapeutas, familiares o intervenciones grupales para reducir o eliminar los síntomas negativos, modificar comportamientos, procesos de pensamiento, actitudes y en general mejorar la salud mental, trabajando el control de emociones y favoreciendo el proceso de madurez. Es difícil encontrar la eficacia de estas terapias, por motivos de heterogeneidad de las muestras, la aplicación de la intervención de forma distinta y la experiencia del terapeuta. Bajo el nombre de “psicoterapia” la intervención no queda limitada a los psicólogos o psiquiatras, ya que enfermería dentro de sus intervenciones NIC, tendría competencias para poder ejercer en esta línea. (2,5)

La TCC es una terapia que se centra en el presente y se basa en la falsa percepción de los hechos y la poca capacidad de afrontamiento que acompañan a la depresión. Es la más efectiva en el grupo de adolescentes y puede tomar un formato individual, grupal, familiar o computarizado e integra técnicas emotivas, de reestructuración cognitiva y conductual para activar las conductas de afrontamiento a las situaciones que padecen los pacientes (16).

La Terapia familiar se centra en el presente y se centra más en las causas que están manteniendo o agravando el problema, que en el factor principal que lo ha provocado. Se basa en las relaciones familiares y tiene como meta cambiar las reglas disfuncionales de la familia que tienen relación con el problema. Esta terapia es muy importante ya que existe una fuerte evidencia que asocia el criticismo, rivalidad familiar, psicopatología parental o vínculos afectivos débiles con la DM en adolescentes (2).

La Terapia Interpersonal (TIP) se basa en la sintomatología, el funcionamiento social y la personalidad. Se focaliza en estrategias de afrontamiento frente al duelo, la creación de vínculos sentimentales, las disputas y déficits interpersonales, la transición de rol

con el establecimiento de la autonomía y el manejo de la influencia de sus iguales. Este tratamiento en la DM en adolescentes se usa una vez por semana durante 12 semanas, que equivalen a 12 sesiones individuales a las que se añaden sesiones con los progenitores, y obtiene resultados estadísticamente significativos (17).

La terapia psicodinámica se basa en el inconsciente, ya que la naturaleza de estos conflictos pueden tener su origen en el inconsciente, y su objetivo es resolver esos conflictos con la terapia. El terapeuta y el paciente examinan e indagan en los problemas de conducta, formas de pensar o de relacionarse y cómo estos influyen en la vida del paciente. (2,17)

La Terapia Dialéctica-Conductual (TDC) incluye técnicas individuales y grupales para la solución de conflictos, el entrenamiento de habilidades y la remodelación cognitiva con estrategias como el Mindfulness, que trata de prestar atención de manera consciente al momento presente, sin juzgarlo ni intentar cambiarlo y aceptando la realidad sin distorsionarla. Es un enfoque terapéutico que busca apoyar a las personas a aceptar sus pensamientos, emociones y vivencias sin juzgarlas o transformarla, y muestra evidencia científica de ser más eficaz que los tratamientos habituales (18).

Otras intervenciones psicológicas de interés son la activación conductual, que busca factores que mantienen la depresión para mitigar el impacto de éstos mediante actividades de agrado o dominio del paciente junto con las intervenciones cognitivas.

La Terapia de Apoyo No Directiva (TAND) se caracteriza por 6 sesiones de 1 hora de duración, cuya meta es construir y mantener la relación, dando apoyo y ayuda a los participantes para expresar sus sentimientos; favoreciendo la empatía y la escucha activa, así como exponiendo otras alternativas para poder superar sus problemas.

La autoayuda guiada busca la mínima intervención profesional, en la cual sólo dirige el progreso, aclara procedimientos, contesta a preguntas generales y presta apoyo a lo largo del proceso de autoayuda.

El automodelado es una intervención que usa grabaciones para practicar unos patrones de conducta, de forma que se produzca un cambio mediante el aprendizaje observacional (2).

Farmacoterapia: La eficacia del tratamiento con antidepresivos en los adultos no es aplicable en los adolescentes, ya que los estudios demuestran que hay una alta respuesta al placebo respecto al tratamiento antidepresivo en los adolescentes, aunque la respuesta es menor al placebo cuando la sintomatología es grave (8).

Los antidepresivos tricíclicos presentan muchos efectos adversos en la etapa adolescente, por lo que son ineficaces, en cambio son efectivos en adultos.

Los ISRS son los fármacos de elección para los adolescentes y deben estar bajo seguimiento por el médico especialista en salud mental. El tratamiento tiene una duración de 6 a 12 meses, con dosis individualizadas. Se empieza con dosis bajas, normalmente con la mitad de la dosis eficaz, por la mañana ya que producen insomnio. Se aumenta la dosis en 1-2 semanas si hay buena tolerancia, manteniéndola 4-6 semanas para valorar la respuesta al tratamiento. Si no es la adecuada y no hay efectos adversos se intensifica el tratamiento progresivamente hasta llegar a la dosis máxima eficaz. Tras mantener la dosis máxima 4 semanas, si no hubiera respuesta estaría indicado cambiar el tratamiento farmacológico, haciendo una retirada progresiva en 1 a 4 semanas, para evadir el síndrome de abstinencia que consiste en vértigo, parestesias, temblor, entre otros síntomas, y se debe realizar preferiblemente en etapas de vida con poco estrés. Este procedimiento de retirada no es necesario en la fluoxetina, ya que tiene una vida media en nuestro organismo muy alta. Los estudios indican que la fluoxetina muestra diferencias estadísticamente significativas de disminución de los síntomas depresivos y la tasa de remisión o respuesta (2,5). Los efectos adversos de estos medicamentos son dosis dependiente leves, temporales y disminuyen en 1-2 semanas. Los más frecuentes són dolor de cabeza y abdominal, náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, sudoración excesiva, insomnio, hipersomnia, pesadillas, aumento de peso por alteraciones del apetito y alteraciones en la salud sexual, como la disminución de la libido (8). La activación conductual es una secuela negativa poco frecuente de los ISRS y es importante diferenciarla de un episodio hipomaníaco o maníaco. Cursa con acatisia (incapacidad de quedarse estático), nerviosismo, incremento de impulsividad y desinhibición (2). El riesgo suicida aumenta un 1-2% en los adolescentes que inician con ISRS en comparación a la población que no se trata o se le da un placebo, y esto aumenta la preocupación de los familiares sobre los ISRS. Este riesgo debe compararse con la efectividad de la medicación y al peligro de suicidio acompañado de la depresión no tratada. Es importante informar a los pacientes y familiares para tener un cuidado especial de la ideación suicida, en especial las primeras semanas de tratamiento y en varios estudios la venlafaxina tiene un elevado riesgo estadísticamente significativo de este acontecimiento (8).

El tratamiento combinado incluye psicoterapia y antidepresivos, mostrando diferencias estadísticamente significativas en la remisión de la DM a corto plazo, reducción de síntomas, mejoras del funcionamiento y de la depresión autoinformada a los 12 meses, que el tratamiento farmacológico o el psicológico por sí solos (2).

Se considera que la Terapia Electroconvulsiva (TEC) es una alternativa para los casos de depresión resistente al tratamiento, aunque es una de las últimas opciones para el tratamiento en los adolescentes. Esta terapia consiste en desencadenar una convulsión generalizada con una duración adecuada bajo sedación, con un anestésico de corta duración. Sin embargo, una proporción elevada de pacientes (50%) sigue sin responder a ella y, además, puede presentar recaídas con frecuencia y no suelen tolerar sus efectos adversos, principalmente trastornos de la memoria (2).

4.6 Otros problemas que derivan de la DM

La DM en adolescentes puede desencadenar en una gran diversidad de problemas físicos, sociales, emocionales, escolares y familiares. El aislamiento social es una de las complicaciones más frecuentes de este trastorno, ya que los adolescentes pueden sentirse incapaces de conectarse con su círculo social y familiar. La soledad no querida por parte del paciente empeora los síntomas de la DM, y si no se trata, puede desencadenar en complicaciones más graves (19). En ocasiones, para lidiar con el dolor emocional, los adolescentes empiezan a abusar de sustancias, o desarrollan trastornos alimentarios (anorexia, bulimia, entre otros) empeorando la DM que padecen, con consecuencias graves a largo plazo.

Este trastorno afecta de manera negativa al desarrollo de la identidad y autoestima en la adolescencia, dificultando la transición a la vida adulta y provocando el deterioro en el rendimiento escolar por la falta de interés en las actividades académicas, siendo este deterioro más acentuado si existe una adicción a drogas, ciberadicción o trastorno alimentario.

A menudo con la DM coexisten o se desarrollan trastornos de ansiedad, fobias sociales, Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC), fatiga crónica y otras consecuencias físicas que complican el pronóstico de la DM. Las complicaciones más grave es el suicidio, pensamientos suicidas y comportamientos autolesivos, como forma de acabar, disminuir el dolor psíquico, o dar una sensación de alivio temporal. Todas estas complicaciones disminuyen aún más la calidad de vida y tienen un impacto en el futuro de estas personas (2,3).

4.7 Estigma asociado a la DM

El estigma del TDM hace referencia a las creencias erróneas, las actitudes negativas y los temores que provocan la marginación y el desprecio de los adolescentes, debido a que la patología se percibe de forma negativa por la sociedad, dificultando el tratamiento y el pronóstico del trastorno. La falta de entendimiento por la desinformación, hace pensar que el TDM sólo es una fase de debilidad breve, pero es un trastorno complejo que requiere de tratamiento. Los estereotipos y las manifestaciones en los medios de comunicación hacen que las personas que padecen este trastorno se vean como débiles, locas o antisociales, lo que complica la expresión de sentimientos, la demanda de ayuda, pudiendo ser una barrera de acceso a los servicios de salud mental. En la sociedad el TDM todavía es un tema tabú y muchas familias se avergüenzan de esta condición e impiden que el paciente tenga una recuperación adecuada. Estos estigmas provocan complicaciones del trastorno, retrayendo y aislando más a los adolescentes (20). También afectan de forma negativa a la autoestima, y les hacen creer que son frágiles por esta condición, haciendo a que se resistan a ser tratados, evitando las terapias, incrementando el riesgo de las autolesiones y del suicidio. Según *“The Stigma-discrimination Complex Associated With Mental Disorder as a Risk Factor for Suicide”*, las personas con estigma internalizado, realizaron más intentos de suicidio y destaca que la tasa de suicidio es más alta en los países con mayor estigma percibido (21).

Para reducir el estigma en los adolescentes es necesario normalizar los trastornos de salud mental, con una buena educación y sensibilización de la DM en la sociedad, sobre todo en las escuelas y en las familias. Es importante dar visibilidad a personas que hayan padecido DM y compartan su experiencia, para promover un modelo a seguir con un apoyo adecuado. Las intervenciones psicosociales como los grupos de apoyo, son clave para que los adolescentes entiendan y gestionen sus emociones, ayudándoles a darse cuenta que la DM no los define (20).

5. METODOLOGÍA

La metodología del estudio es una revisión bibliográfica de artículos en diferentes bases de datos. El proceso de búsqueda de artículos finalizó el 15 de enero de 2025. Centramos la búsqueda entre los años 2018 a 2024, ambos incluidos, restringiendo todas las bases de datos a este periodo. La búsqueda de artículos se ha realizado en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cinahl, Scielo, Scopus, Dialnet, Cuiden, Biblioteca Cochrane, Enferteca, Web of Science, Medline, Clinical Key Student y Cuidatge. Las palabras clave que se han utilizado en la búsqueda són enfermería, adolescentes y trastorno depresivo mayor, también llamados términos Mesh (Medical Subject Headings) cuando realizamos la búsqueda en Pubmed, uniendolos con “AND” como operador booleano. Obtuvimos resultados en 8 bases de datos de las 12 que hemos manejado. La fórmula de búsqueda en el Pubmed es la siguiente: (adolescents[MeSH Terms]) AND (major depressive disorder[MeSH Terms]) AND (nursing[MeSH Terms]). (Anexo 1)

Los criterios de inclusión son estudios que incluyan la población adolescente, que estén publicados en los últimos 7 años en catalán, castellano o inglés y que traten sobre los cuidados enfermeros.

Los criterios de exclusión son artículos que no traten sobre cuidados enfermeros, que no estén en inglés, castellano o catalán, que se hayan publicado antes del 2018 y que la población estudiada no incluya los adolescentes.

Se utilizará la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analysis), para identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar estudios, con el objetivo de documentar el porqué de la revisión. (Anexo 2)

5.1 Pregunta PICO:

¿Cuáles son los cuidados de enfermería que mejoran la calidad de vida en los adolescentes con DM?

Tabla 4. Formulación pregunta PICO.

P (paciente)	Adolescentes con DM
I (intervención)	Cuidados enfermería
C (comparación)	No intervención
O (resultado)	Calidad de vida

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5: Proceso selección de los artículos utilizados

Bases de datos	Artículos encontrados (2018-2024)	Selección por título	Selección por resumen	Selección por artículo completo
Pubmed	65	31	16	4
Cinahl	0	0	0	0
Scielo	0	0	0	0
Scopus	29	15	9	2
Dialnet	1	1	1	1
Cuiden	1	1	1	0
Biblioteca Cochrane	0	0	0	0
Enferteca	7	0	0	0
Web science	52	27	14	2
Medline	1	0	0	0
Clinical Key Student	37	0	0	0
Cuidatge	0	0	0	0
Total	193	75	41	9

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6: Artículos seleccionados

Pubmed	<p>1. Mejorar el sueño y el estado de ánimo en adolescentes deprimidos: un ensayo aleatorizado sobre terapia cognitivo-conductual digital dirigida por enfermeras para el insomnio.</p> <p>2. Una investigación sobre los factores relacionados con la baja seguridad en el vínculo entre padres e hijos adolescentes en Taiwán.</p> <p>3. Resultados de la detección de la depresión en adolescentes que acceden a servicios de atención primaria pediátrica en las escuelas.</p> <p>4. ¿Cómo se relacionan la depresión y la ideación suicida con múltiples conductas de riesgo para la salud entre los adolescentes? Un análisis de datos secundarios utilizando la Encuesta en línea sobre conductas de riesgo entre los jóvenes de Corea de 2016.</p>
Scopus	<p>5. Uso nocturno del smartphone por parte de adolescentes, alteraciones del sueño y síntomas depresivos.</p> <p>6. Psicoeducación multifamiliar breve para familiares de pacientes con depresión mayor crónica: un ensayo controlado aleatorizado.</p>
Dialnet	<p>7. La conducta suicida y su relación con factores psicosociales vinculados a la salud mental, en población juvenil chilena: Un análisis para la generación de programas de prevención</p>
Web of science	<p>8. El consumo de cannabis como factor de riesgo de depresión, ansiedad y suicidio: asociaciones epidemiológicas e implicaciones para las enfermeras.</p> <p>9. Revisión sistemática de estudios de prevención del suicidio, con datos sobre jóvenes y adultos jóvenes que viven en países de ingresos bajos y medios.</p>

Fuente: Elaboración propia.

6. RESULTADOS

TÍTULO	Mejorar el sueño y el estado de ánimo en adolescentes deprimidos: un ensayo aleatorizado sobre terapia cognitivo-conductual digital dirigida por enfermeras para el insomnio.				
AUTORES	Nan Bai y Min Yin.	PAÍS	China	AÑO	2024
DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	Ensayo controlado aleatorizado de grupos paralelos con depresión mayor e insomnio.	MUESTRA		Participaron 40 adolescentes de 14 a 23 años (16 años de media) con trastorno depresivo mayor e insomnio.	
OBJETIVO	Examinar la viabilidad y eficacia de una terapia cognitivo conductual dual (TCC-I) dirigida por enfermeras para reducir la gravedad del insomnio entre adolescentes con depresión.				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	Se asignó recibir una terapia cognitivo conductual (TCC-I) de seis semanas, dirigida por una enfermera al grupo de intervención y no se sometió a ninguna intervención complementaria al grupo control. Ambos grupos realizaban el tratamiento farmacológico. Se realizaron evaluaciones antes del tratamiento, a las 6 semanas y a las 18 semanas de la terapia, en ambos grupos, asignándoles T0, T1, T2, respectivamente. El grupo de intervención mostró una disminución en la gravedad del insomnio en T2 valorado con la escala <i>Insomnia Severity Index</i> (Índice de Severidad del Insomnio, ISI), con un tamaño del efecto grande (d de Cohen = -0,965, p < 0,001), lo que indica un efecto positivo de la terapia a largo plazo. También disminuyó significativamente la gravedad de la depresión en T1, valorados con la versión china de la <i>Self-Rating Depression Scale</i> (Escala de Depresión Autoinformada, SDS), (d de Cohen = -0,686, p = 0,001) y en T2 (d de Cohen = -0,508, p = 0,011), lo que indica un tamaño del efecto medio. El grupo de control disminuyó la gravedad de la depresión en T2 con un tamaño del efecto pequeño. En conclusión la TCC-I dirigida por enfermeras es un tratamiento eficaz para adolescentes y adultos jóvenes con depresión e insomnio.				

(22)

TÍTULO	Una investigación de los factores relacionados con la baja seguridad del apego entre padres y adolescentes en Taiwán.				
AUTORES	Chen-Jung Chen, Huei-Chuan Sung, Yi Chang Chen y Chih-Hung Wang.	PAÍS	Taiwán	AÑO	2020
DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	Encuesta transversal. En el análisis estadístico se utilizaron correlaciones y regresiones lineales múltiples, utilizando la baja seguridad en el apego como variable de respuesta.	MUESTRA		Se requirieron 240 participantes entre 13 y 18 años.	
OBJETIVO	Investigar si la baja seguridad del apego parental entre los adolescentes de Taiwán está asociada con sus características demográficas, su inadaptación psicosocial y su depresión.				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	Se impartió un cuestionario que consta de una tabla diseñada para recopilar datos demográficos, como el estilo de crianza y el rendimiento académico. Incluye el Inventario de Apego entre Padres e hijos (IPPA). A cada sujeto se le asignó alta seguridad, baja seguridad y apego no asignable (no se puede asignar a ninguno de los dos grupos). También consta de la versión china del Youth Self-Report (C-YSR), que se utiliza para medir las adaptaciones físicas, psicológicas, sociales y conductuales, de los adolescentes. Por último, el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) es el instrumento que evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva en los adultos y los adolescentes, que se puntúa entre 0 y 63. La baja seguridad del apego adolescente mostró una correlación significativa con la depresión. Se compararon las diferencias entre las categorías de alta seguridad, baja seguridad y apego no asignable con respecto a las variables y depresión, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El personal de enfermería desarrolla programas efectivos para mejorar la seguridad del apego entre los adolescentes y sus progenitores.				

(23)

TÍTULO	Resultados de la detección de la depresión en adolescentes que acceden a servicios de atención primaria pediátrica en las escuelas.				
AUTORES	Sarmila Bhatta, Jane Dimmitt Champion, Cara Young y Elizabeth Loika.	PAÍS	USA	AÑO	2018
DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	Revisión retrospectiva de historias clínicas, con los resultados de la prueba de detección de depresión PHQ-9, entre adolescentes que accedieron a los servicios de atención primaria pediátrica para enfermedades episódicas y visitas de bienestar. Los análisis de datos incluyeron métodos estadísticos descriptivos.	MUESTRA	137 (53,5%) mujeres y 119 (46,5%) hombres adolescentes de 12 a 18 años de los cuales 144 hicieron el PHQ-9.		
OBJETIVO	Implementar cuestionarios de salud (PHQ-9), para la detección entre adolescentes de 12 a 18 años que acceden a servicios clínicos de atención primaria pediátrica en las escuelas para la identificación de adolescentes con riesgo potencial de TDM.				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	Durante los 4 meses de revisión se detectaron síntomas depresivos mediante el cuestionario PHQ-9 con puntuaciones ≥ 10 , para el 12,5% (n=18) de los examinados. Tiene una alta sensibilidad (89,5%) y una buena especificidad (78,8%) para detectar el TDM entre adolescentes. El 18,8% (n = 27) informó depresión leve, el 9,0% (n=13) depresión moderada, el 3,5% (n=5) depresión moderadamente grave y el 8% (n=12) de los adolescentes informaron síntomas de pensamiento suicida o antecedentes. Este cuestionario facilita las derivaciones a proveedores de salud mental y mejora potencialmente la morbilidad y la mortalidad entre los adolescentes. Para ello hay que mejorar el acceso a la detección y el tratamiento en esta población a través de clínicas escolares. El inconveniente es que la mayoría de los adolescentes venían a visitas de enfermedades episódicas que pueden confundirse con síntomas depresivos.				

(24)



TÍTULO	¿Cómo se relacionan la depresión y la ideación suicida con múltiples conductas de riesgo para la salud entre los adolescentes? Un análisis de datos secundarios utilizando la Encuesta en línea sobre conductas de riesgo entre los jóvenes de Corea de 2016.				
AUTORES	Kim Eun-Mi, Kim Hee Jung y Parque Eunhee.	PAÍS	Corea	AÑO	2020
DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	Estudio transversal que utiliza una encuesta sobre conductas de riesgo para jóvenes de Corea de 2016 (N = 65.528). Se realizaron estadísticas descriptivas y análisis de regresión logística multinomial utilizando los datos de la muestra.	MUESTRA	Los estudiantes tenían entre 12 y 17 años. Se reclutó un total de 67.983 estudiantes de 800 escuelas.		
OBJETIVO	Determinar la prevalencia de múltiples conductas de riesgo para la salud (HRB) e identificar asociaciones entre la mala salud mental y múltiples HRB a medida que aumenta el número de HRB.				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	El 25,5% de los participantes estaban deprimidos y el 12,1% tenían ideación suicida. El 57,5% obtuvieron ningún HRB, el 28,6% un HRB, el 11,4% dos HRB, el 2,2% tres HRB y el 0,3% cuatro HRB. El grupo que realizaba un HRB, el consumo de alcohol fue dominante (25,2%), seguido de fumar cigarrillos (2,3%), actividad sexual (1,0%) y abuso de sustancias (0,1%). Se observaron frecuencias más altas cuando el consumo de alcohol se combinó con otros HRB. El grupo que informó beber y fumar se asocia a más depresión e intentos de suicidio que los que solo informaron un HRB. A medida que aumentaba el número de HRB, aumentó la proporción de adolescentes coreanos que informaron depresión e ideación suicida, y los adolescentes que informaron de ideación suicida y depresión realizaban un mayor número de HRB. En cuanto a los factores sociodemográficos: el sexo masculino, el bajo rendimiento académico, no vivir con la familia y un bajo nivel económico del hogar, indicaron odds Ratio significativamente más altos en los participantes con HRB múltiples, que en los que no informaron HRB. Las intervenciones para disminuir los HRB se proporcionan considerando el estado de SM y las necesidades de los adolescentes.				

(25)

TÍTULO	Uso nocturno del smartphone por parte de adolescentes, alteraciones del sueño y síntomas depresivos.				
AUTORES	Dewi, Rian Kusuma; Efendi, Ferry; Has, Eka Mishbahatul M. y Gunawan Joko.	PAÍS	Indonesia	AÑO	2021
DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	Estudio transversal, que analiza la relación entre el uso de teléfonos por la noche, el insomnio y la depresión realizando cuestionarios sobre el uso de teléfonos por la noche, el índice de gravedad del insomnio y sobre la escala de depresión adolescente de Kutcher.	MUESTRA		Se escogieron 714 adolescentes entre 10 y 19 años de 1074 de forma aleatoria de una escuela en Surabaya.	
OBJETIVO	Analizar la correlación entre el uso de teléfonos inteligentes por la noche, los trastornos del sueño y los síntomas de depresión en adolescentes.				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	La variable independiente fue el uso de teléfonos inteligentes por la noche y la dependiente fue el trastorno del sueño y los síntomas depresivos. De los 714 participantes, 365 (51,1%), utilizaban excesivamente sus teléfonos inteligentes por la noche y las aplicaciones más utilizadas eran LINE, WhatsApp e Instagram. La prueba de análisis de Spearman indica que existe una relación entre el uso de teléfonos inteligentes por la noche y la alteración del sueño y los síntomas depresivos en adolescentes con una correlación positiva con un nivel de fuerza bajo ($r = 0,374$ y $r = 0,360$, respectivamente). El uso de los móviles durante la noche puede provocar problemas de sueño y síntomas depresivos ya que existe relación entre las variables, pero al ser un estudio transversal, no se puede confirmar cuál es la causa, tan solo podemos afirmar que existe relación. Las enfermeras deben mejorar la educación sanitaria para promocionar el uso positivo de los teléfonos inteligentes y prevenir los trastornos del sueño y la depresión.				

(26)

TÍTULO	Psicoeducación multifamiliar breve (BMP) para familiares de pacientes con depresión mayor crónica: un ensayo controlado aleatorizado				
AUTORES	Katsuki, Fujika; Takeuchi, Hiroshi; Inagaki, Takahiko; Maeda, Tohru; Kubota, Yosuke; Shiraishi, Nao; Tabuse, Hideaki; Kato, Tadashi; Yamada, Atsurou; Watanabe, Norio; Akechi, Tatsuo; Furukawa, Toshiaki	PAÍS	Japón	AÑO	2018
DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	Ensayo clínico que dividió aleatoriamente a los pacientes y sus familiares al grupo de intervención BMP, que recibió cuatro sesiones y al grupo de control, que recibió una sesión asesorada por una enfermera. La medición de los resultados fue con la Escala de detección de Kessler para el malestar psicológico (K6) en diferentes puntos temporales.	MUESTRA		Incluye 49 pacientes (adolescentes y adultos) con TDM y sus familias.	
OBJETIVO	Investigar los efectos de la BMP en el estado de SM de los familiares de pacientes con TDM crónico.				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	Ambos grupos recibieron el tratamiento estándar (TCC+farmacoterapia). La BMP redujo los síntomas depresivos sin significancia estadística en los miembros de la familia y mejoró el funcionamiento familiar (rol, capacidad de respuesta afectiva y control del comportamiento) a las 8 semanas, cuando justo acaban la BMP. En el grupo control también hubo una disminución del estrés familiar. El resultado de la puntuación K6 a las 16 semanas (8 semanas después de acabar la BMP) para los familiares, no indicaron diferencias significativas entre el grupo intervención y control. En conclusión, cuatro sesiones de BMP no redujeron significativamente el malestar psicológico de los familiares de pacientes con TDM crónico, y el acabar las sesiones de BMP, aumentó el estrés de las familias en la evaluación de la semana 16.				

(27)

TÍTULO	La conducta suicida y su relación con factores psicosociales vinculados a la salud mental, en población juvenil chilena: Un análisis para la generación de programas de prevención.				
AUTORES	Soto Salcedo y Alexis Gerardo	PAÍS	Chile	AÑO	2023
DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	Presenta dos estudios. Nos centramos en el segundo estudio, que se trata de una revisión sistemática sobre los programas de prevención de suicidio. Se realizó una búsqueda en tres bases de datos especializadas: PubMed, Scopus y Web of Sciences.	MUESTRA		Se incluyeron 34 estudios que muestran la influencia de los tratamientos clínicos basados en el modelo cognitivo, la capacitación y el acompañamiento motivacional en la intervención educativa de adolescentes.	
OBJETIVO	Realizar una revisión sistemática de las intervenciones clínicas, psicosociales y educativas para la prevención de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes.				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	Los programas educativos que cuentan con efectividad declarada en este estudio son el Survivors of Suicide Attempts, Youth Aware of Mental Health, As Safe as Possible, Teen Options for change, programa de entrenamiento de afrontamiento y apoyo, Assertive Intervention for Deliberate Self Harm y Saving and Empowering Young Lives in Europe se basan en estrategias psicológicas, educativas y psicosociales y normalmente trabajan con medios tecnológicos. Muchos abordan los problemas desde el entorno escolar con acciones preventivas, considerando como actor clave al grupo de compañeros, y se trabaja para detectar, acoger y derivar estudiantes con conductas de riesgo.				

(28)

TÍTULO	El consumo de cannabis como factor de riesgo de depresión, ansiedad y suicidio: asociaciones epidemiológicas e implicaciones para las enfermeras.				
AUTORES	Halladay, JE; MacKillop, J; Munn, C; Jack, SM y Georgiades, K	PAÍS	Canadá	AÑO	2020
DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	Revisión sistemática a partir de las bases de datos PubMed, CINAHL, PsycINFO publicados entre el 2000 y 2023, con análisis de cohortes, estudios transversales y revisiones previas que analizan los efectos del consumo de cannabis en la salud mental.	MUESTRA		Los estudios revisados incluyen desde 500 hasta más de 20000 participantes. Los criterios de inclusión eran que los participantes de diversos contextos geográficos, económicos y culturales tuvieran entre 12 y 30 años, con un consumo de cannabis ocasional, moderado o habitual.	
OBJETIVO	Investigar la relación epidemiológica entre el consumo de cannabis con la aparición de la depresión, la ansiedad y la ideación suicida. Investigar las intervenciones de enfermería de identificación, prevención en personas de riesgo				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	Se encontró una asociación entre el cannabis, la depresión y el suicidio, aumentando el riesgo de conducta suicida hasta un 50% en consumidores frecuentes. Estas asociaciones son más fuertes si hay antecedentes familiares de trastornos mentales o consumo de otras drogas. Trata los mecanismos neurobiológicos del cannabis, precisamente de su componente psicoactivo el tetrahidrocannabinol (THC), que interactúa con los receptores cannabinoides del cerebro, que altera los circuitos neuronales que controlan el estado de ánimo, la ansiedad y el comportamiento. Se enfatiza en el trabajo de enfermería para la detección temprana de este consumo, evitando que se alteren los circuitos neuronales; la intervención temprana implementando la educación sanitaria, la concienciación, junto con el apoyo emocional y psicológico de estos pacientes.				

(29)

TÍTULO	Revisión sistemática de estudios de prevención del suicidio con datos sobre jóvenes y adultos jóvenes que viven en países de ingresos bajos y medios.				
AUTORES	Doty, B; Bass, J; Ryan, T; Zhang, A y Wilcox, H	PAÍS	USA	AÑO	2022
DISEÑO/ TIPO DE ESTUDIO	Se realizó una revisión sistemática, utilizando bases de datos como Pubmed, Embase, PsycINFO, Scopus y Web of science, incluyendo artículos en inglés desde 1990 hasta febrero de 2022. Utilizaron estudios en entornos clínicos, educativos y comunitarios.	MUESTRA	Incluidos un total de 44 estudios, que incluyen una población de 0 a 25 años. La mayoría son estudios asiáticos, en países con pocos recursos.		
OBJETIVO	Proporcionar resumen de la literatura ya publicada y revisada sobre intervenciones de prevención de suicidio, con datos sobre jóvenes en países con bajos y medianos ingresos.				
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	Las intervenciones de prevención del suicidio que han mostrado ser efectivas en algunos casos, son los programas comunitarios y escolares, ya que aprovechan los recursos locales y fomentan la participación de la comunidad. Los programas escolares son efectivos para promover la salud mental entre los jóvenes y detectar señales tempranas de riesgo. El estigma es una de las barreras asociadas con la salud mental y el suicidio, que dificulta la apertura sobre estos temas entre los jóvenes. Otras barreras que destaca el estudio, son la falta de recursos adecuados y de profesionales capacitados, sumando la falta de datos confiables que impide el diseño de políticas de prevención basadas en evidencia. Se propone mejorar la formación de los profesionales de salud mental y la infraestructura de salud en estos países, y recalca la importancia de reducir el estigma tanto a nivel comunitario como escolar. Se recomienda fomentar la cooperación internacional para compartir las intervenciones que hayan demostrado ser efectivas en todos los contextos.				

(30)

7. DISCUSIÓN

7.1. Perfil sociodemográfico

Se encontró una dificultad muy elevada en seleccionar artículos que incluyan una muestra con el mismo rango de edad, es decir, algunos artículos incluyen muestras de hasta 24 años, otros hasta los 21, etc. Además, incluimos un estudio sobre la población adolescente junto con pacientes de otras edades, que trata sobre la gestión del estrés familiar de los pacientes con TDM ya que la gestión de la familia en cualquier problema de salud, es una intervención de importancia para el personal de enfermería (27).

La mayoría de la población incluida en los estudios era de clase social media y baja, con un nivel educativo medio. Se englobaron estudios de distintos países, tratando los temas de más interés en la zona estudiada. Por ejemplo el artículo hecho en Taiwán (23), trata los factores relacionados con el desapego de los adolescentes con sus padres, un tema muy interesante en la actualidad ya que los niños cada vez se apegan más a las tecnologías por eso sería interesante tener una visión más global de este tema y no solo centrarse en los adolescentes de Taiwán. Este estudio busca unificar estos conocimientos sobre el TDM en adolescentes y sacar una conclusión de estos estudios.

7.2. Factores de riesgo

El estudio de Nan Bai y Min Yin (22), destaca que la depresión y la falta de sueño en la adolescencia están asociadas con comorbilidades psiquiátricas, bajo rendimiento académico, relaciones tensas con la familia y los amigos, abuso de sustancias y riesgo de depresión grave en la edad adulta. El insomnio es un síntoma central de un episodio depresivo que puede aparecer durante sus primeras etapas, persistir como síntoma residual, impedir la recuperación, aumentar recaídas y se considera una afección comórbida más que un síntoma secundario del TDM según el DSM-5. El 57% de los adolescentes con TDM tienen insomnio (22).

La familia también influye en el desarrollo de conductas problemáticas en adolescentes y consecuentemente de la depresión como indica el estudio de Chen-Jung Chen (23), y se tienen que abordar desde una perspectiva de función familiar, ya que los vínculos emocionales seguros entre padres e hijos son de gran

importancia. El sistema familiar está influenciado por los estilos de crianza, entre ellos, la crianza autoritaria que pone límites y castigos, y el niño se implica en las decisiones familiares con unos padres que tienen un poder absoluto, valorándose el cumplimiento de las reglas y restricciones. La crianza permisiva no especifica límites, favorece la autonomía y los sueños del niño, y por último, en la crianza sin intervención se proporciona las necesidades básicas a los hijos, y los padres se descuidan de la crianza. El estilo de crianza sin intervención se asocia significativamente con adolescentes con desapego parental. Según Baumrind, existen 3 estilos principales de crianza: autoritario, permisivo y democrático, destacando este último, que se caracteriza por la cooperación y el respeto entre padres e hijos. Se basa en la idea de que los niños tienen derechos y deberes, y que es importante escucharlos. Este estilo de crianza es el que equilibra mejor el afecto con la disciplina autoritaria (31, 32).

Los adolescentes con desapego parental presentan menor autoestima, más evitación de problemas, más ira ineficaz y más síntomas internalizados, que influyen en la inadaptación psicosocial y la depresión. Además, en familias divorciadas aumenta la probabilidad de que participen en conductas delictivas, bajen su rendimiento académico y exhiban angustia emocional (23). Hay estudios de Duarte KG y Suárez YP (33 y 34 respectivamente), que demuestran la asociación del apego parental negativo con el alto riesgo suicida y mayores síntomas depresivos. El apego parental positivo se relaciona con un bajo riesgo suicida y menores síntomas depresivos, pero en el presente estudio no encontraron una asociación significativa (23), ya que la baja seguridad del apego adolescente mostró una correlación significativa con la depresión ($p < ,001$), pero al comparar con el MANOVA las diferencias entre las categorías de alta seguridad y baja seguridad no hubo diferencias significativas. Se podría explicar por otros factores sociales que afectan la población de Taiwán, que se podrían tratar en futuras investigaciones.

Internet es la nueva figura de apego o se pueden buscar nuevas figuras de apego a través de Internet para encontrar apoyo emocional, si no existe una buena relación entre los padres. Existe una correlación negativa entre las horas pasadas en internet con el apego y las actitudes prosociales, es decir, a medida que aumentan las horas pasadas en internet, aumenta la desadaptación psicosocial, hay menos apego con los padres y baja el rendimiento escolar (23, 26). Como indica el estudio de Katsuki F (26), el uso de móviles especialmente por la noche, es un factor de riesgo para los trastornos del sueño y la depresión en adolescentes, siendo la franja de edad más

propensa al uso desmesurado de los móviles ya que no controlan su entusiasmo por su pasión, provocando un aumento de la ansiedad, falta de interacción social, adicción y desvían los sentimientos negativos de forma equivocada, con sentimientos de inutilidad, tristeza prolongada y desmotivación, que son indicios de depresión. Los cambios en el reloj circadiano causan trastornos del sueño y aumentan el riesgo de depresión, que pueden tener mecanismos neurobiológicos similares, donde los neurotransmisores serotoninérgicos y colinérgicos anormales pueden estar asociados con la regulación del estado de ánimo. (26)

La conducta de riesgo para la salud es definida como una actividad realizada por personas, que aumenta el riesgo de enfermedad o lesión (27), como fumar, beber, la actividad sexual temprana y el abuso de sustancias en adolescentes, que se asocian a un estado de salud deficiente en la edad adulta. El cannabis es una de las drogas más consumidas y la mayoría empieza este consumo en la adolescencia, implicando que sea de gran importancia que existan estudios para entender las conexiones entre el consumo de cannabis y las drogas en general con el TDM (29). Las hipótesis que planteó Katsuki F y otros autores en el estudio (27) es que la depresión y la ideación suicida están asociadas con la probabilidad de un mayor número de múltiples HRB, y éstas aumentan dependiendo de diferentes combinaciones de HRB. Efectivamente, la tendencia suicida y la depresión aumentaban a medida que se incrementan los números de HRB en la población coreana. Las tasas de depresión más altas fueron del 37,1% en los participantes que abusaban de sustancias en el grupo que realizaba una HRB; del 58,0% en los que fumaban cigarrillos y abusaban de sustancias; del 53,8% de los adolescentes que consumían alcohol y abusaban de sustancias; del 71,3% de los adolescentes que fumaban cigarrillos, abusaban de sustancias y eran sexualmente activos. La ideación suicida mostró una tendencia parecida, pero los porcentajes eran aproximadamente un 50% de los observados en la depresión. La muestra presentó peor SM cuando había abuso de sustancias, ya que aumenta la angustia psicológica, la depresión y la posibilidad de otros trastornos psiquiátricos. Solo se pueden dar asociaciones, no se pueden inferir relaciones causales en un estudio transversal, ya que no se ha estudiado cual precede, si la depresión o los múltiples HRB. (25)

Tener antecedentes familiares con trastornos mentales hace que las HRB como el cannabis tratada en el artículo de Halladay JE (29), desencadene más fácilmente trastornos mentales. Se demuestra la asociación entre el cannabis, la depresión y la

ideación suicida, aumentando el riesgo de suicidio hasta un 50% en consumidores habituales. Los factores que influyen en el desarrollo del TDM en consumidores de cannabis son los genéticos, como los antecedentes familiares del trastorno, que facilitan desencadenar estos problemas de salud, ya que las predisposiciones genéticas hacen que el sistema endocannabinoide, desarrolle o no el trastorno mental. Otros factores que han demostrado asociación son los socioeconómicos, como el estrés financiero que aumenta la posibilidad de utilizar el cannabis, los ambientales, el entorno familiar o posibles traumas infantiles, la disponibilidad y la facilidad que se tiene para poder conseguir esta droga (29). En muchas ocasiones, las HRB se usan como métodos de afrontamiento contra el estrés o por la incapacidad de tener vida social sana (25), es decir, es un método para evadir su ruido mental, como pasa en el estudio (23), que los adolescentes con desapego parental, se aferraban a internet como una nueva figura de apego o para buscar nuevas figuras de apego.

7.3. Prevención y educación de la salud

La prevención del TDM abarca diferentes métodos, y están enfocados al abordaje, la detección temprana y el tratamiento de los factores de riesgo. Los educadores de enfermería y las enfermeras psiquiátricas integran una base de conocimientos para la prevención de conductas problemáticas en los adolescentes, y desarrollan estrategias de afrontamiento para aliviar la desadaptación psicosocial y la depresión (23). Existen muchos factores que aumentan la probabilidad de padecer el TDM en adolescentes, entre ellas las enfermedades crónicas (24), el desapego parental (23), el abuso de sustancias, el cannabis, entre otras conductas de riesgo (25, 29), lo que hace de gran importancia la detección temprana, para garantizar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de estos factores riesgo y todos los trastornos que conllevan, ya que están muy relacionados, y si no se reconocen, aumentan la morbimortalidad adolescente. Los adolescentes en riesgo de suicidio sufren angustia psicológica, disfunción familiar y relaciones deterioradas con los compañeros, que facilita un afrontamiento negativo de las situaciones y a menudo caen en el consumo de drogas para aliviar los impulsos autolesivos, pero éstas aumentan la probabilidad de aumentar la impulsividad y realizar el acto suicida. Por eso, es importante un enfoque de tratamiento combinado con una detección temprana del TDM y una prevención de los múltiples HRB. El bajo rendimiento académico, la mala situación familiar está relacionado con el TDM y los HRB, e implementar programas de manejo del estrés y autocontrol para estas situaciones es de gran ayuda, ya que las conductas de

promoción de la salud familiar, el estilo de crianza democrático, el apoyo, la supervisión y la participación cooperativa de los padres ayudan a obtener una autoestima positiva y mejorar las habilidades de afrontamiento, que son objetivos de las intervenciones de las enfermeras de SM en escuelas y en centros comunitarios (25).

El estudio de Halladay JE (29), también trata sobre la prevención del consumo drogas en concreto el cannabis, y concuerda con el estudio de Kim E-M (25), en que las enfermeras deben realizar una buena detección temprana y educación sanitaria para concienciar a los más jóvenes a evitar el consumo de tóxicos, implicando a las familias en la educación, ya que el entorno y el contexto económico influyen en la adicción, motivo por el cual las zonas pobres donde no está desarrollado el sistema sanitario, no hay una buena prevención ni educación, y existe más adicción a estas sustancias (29). Detectar signos de adicción y de uso excesivo durante la noche de los teléfonos inteligentes y educar sobre el uso efectivo, también es labor de la enfermera escolar y comunitaria, abordando cada caso con un enfoque multidisciplinar, ya que los teléfonos son útiles cuando se usan de forma correcta, de lo contrario, alteran el ritmo circadiano y provocan problemas en el descanso.

El sueño afecta la salud, el desarrollo, el rendimiento escolar y es una de las necesidades humanas básicas, motivo por el cual la prevención de la adicción a los teléfonos y de las pantallas en general durante la noche es esencial, ya que disminuyen la calidad del sueño; aumentan el insomnio, los síntomas depresivos y la pérdida de interés para las actividades diarias. La falta de capacidades de resolución de los adolescentes, hace que el apoyo de los padres junto con la intervención enfermera sea importante, realizando una educación de forma inteligente y positiva sobre el uso de teléfonos inteligentes, con programas de prevención que limiten el uso de móviles para las necesidades prioritarias a los adolescentes con sus progenitores, entendiendo que la luz de los móviles durante la noche provoca cambios en el ritmo circadiano, aumentando el insomnio y los síntomas depresivos.

Las intervenciones efectivas para la prevención de la conducta suicida (CS) están incluidas en los objetivos de la OMS (30), y los programas que han sido efectivos en diversos países se centran en estrategias psicoterapéuticas, trabajando desde el entorno escolar con acciones preventivas, considerando como actor clave al grupo de compañeros. El personal de enfermería debe ser formado y capacitado para detectar, acoger y derivar estudiantes con conductas de riesgo.

La principal barrera para la prevención de la CS es la cultura, por el estigma y desconocimiento que comprende el fenómeno, y es necesario un enfoque biopsicosocial en la fase preventiva, abarcando diferentes niveles de actuación que incluyan las familias con sus hijos (28). En los países de ingresos bajos y medios, el 79% de los suicidios entre jóvenes es debido a una atención sanitaria e infraestructura de salud básicas ineficientes, donde es difícil incorporar recursos para la prevención del suicidio. En los próximos 30 años, más de la mitad del crecimiento poblacional provendrá de las poblaciones de ingresos bajos y medios, por lo que es importante revisar las intervenciones de prevención de suicidio en este grupo poblacional. En el estudio de Doty B (30), se usaron programas para limitar el acceso a sustancias que podrían facilitar el intento de suicidio, creando grupos, campañas y programas de terapias para mejorar el bienestar emocional, programas de detección de la población con más riesgo y también prepararon estrategias políticas públicas para su prevención (30).

El artículo de Salcedo S (28), reafirma los resultados del artículo Doty B (30), afirmando que el 55 % de los estudios con evidencia científica demostrada, incluyen intervenciones psicológicas, la mayoría TCC con apoyo psicosocial que reducen hasta un 70% de las ideas suicidas. Indica que las intervenciones clínicas, psicosociales y educativas son las más efectivas para la prevención del suicidio en adolescentes y adultos jóvenes, asociados a la depresión. Los programas que más destacan son: Survivors of Suicide Attempts (SSA), Youth Aware of Mental Health (YAMH), As Safe as Possible (ASAP), Teen Options for change (TOC) y el programa de entrenamiento, afrontamiento y apoyo. Estos programas tienen en común el objetivo de capacitar a los jóvenes con clases y talleres desarrollados en ambientes escolares, ya que los centros educativos son contextos vulnerables con riesgo de suicidio en sus estudiantes. La creación de grupos de apoyo es importante para que se enfatice en la conversación, el intercambio de información, la psicoeducación y el control emocional, aumentando la conciencia de los adolescentes sobre el tema del suicidio. Estos programas se diferencian en que; algunos incluyen a los padres, como por ejemplo el programa TOC, por las herramientas que se utilizan y por los miembros que forman el grupo. Assertive Intervention for Deliberate Self Harm (AID) es otro de los programas destacados, ya que está fundamentado en la asistencia activa de enfermeras especialistas que brindan intervención en agudizaciones, proporcionando apoyo motivacional, social y familiar, desarrollando habilidades en grupos pequeños y tratando de ser flexible en la resolución de problemas. Por último, Saving and

Empowering Young Lives in Europe (SEYLE), es una iniciativa europea que cabe destacar, ya que evalúa la eficacia de tres intervenciones sobre la conducta suicida: entrenamiento a la detección, realizando formación a los profesionales; triaje por parte de profesionales, identificando los factores de riesgo y la psicoeducación, implementando los programas escolares. (28)

El TDM se presenta como irritabilidad en la etapa adolescente, dificultando el diagnóstico; la carencia de formación en la evaluación y el manejo de la depresión, hace necesario implementar los protocolos como el PHQ-9 en entornos escolares y en visitas de atención primaria para mejorar las tasas de identificación insatisfechas (24). El protocolo de detección PHQ-9, detecta la depresión y evalúa la gravedad de los síntomas utilizando los criterios DSM-V. Incluye la educación a los adolescentes y sus familias para síntomas depresivos leves, y derivaciones a proveedores de salud mental cuando las puntuaciones son iguales o mayores a 10. Valora 7 ítems y se interpreta del 0 al 4 ninguna depresión, del 5 al 9 depresión leve, del 10 al 14 depresión moderada, del 15 al 19 depresión moderadamente grave y del 20 al 27 depresión grave. El estudio de Bhatta S. (24) indica que este método de detección, identifica a los adolescentes en riesgo, con una buena especificidad y sensibilidad, y muchos estudios reafirman la validez de este cuestionario. Durante los 4 meses de revisión, el 31,3% de los adolescentes dieron positivo en la detección de síntomas depresivos elevados y el 12,5% necesitó la derivación a los servicios de salud mental, resultando una herramienta útil de derivación a servicios más especializados para este tipo de pacientes (24).

7.4. Efectividad de la TCC

La evidencia científica respalda la eficacia de la TCC y la terapia de autoayuda digital para el insomnio (TCC-I) en adolescentes con TDM, aún con desventajas como el coste y las barreras culturales. Las intervenciones incluyen videos, textos y sesiones interactivas. Demuestran su validez en reducir los síntomas depresivos y el insomnio, ya que tratan los modelos cognitivos erróneos del sueño, con la terapia de control de estímulo, que asocia el dormitorio con el sueño y regula el horario de sueño-vigilia, limitando las horas en la cama a las necesarias y educando sobre la higiene del sueño y las técnicas de relajación (22).

La conducta suicida aumenta en la adolescencia e implica el sistema familiar, social y educativo. Se trata con intervenciones cognitivo-conductuales de aceptación y de

compromiso, que muestran una reducción significativa en el abuso de sustancias, la depresión y la tendencia suicida (25). En la revisión bibliográfica de Salcedo S. (28), se reafirman las indicaciones del artículo de Kim EM. (25), ya que los estudios para el abordaje de la CS que demuestran eficacia de sus programas, también consisten en intervenciones psicológicas, siendo la TCC la más usada; intervenciones educativas y psicosociales, usando medios tecnológicos con aplicaciones y llamadas telefónicas, que sirven para reportar síntomas y mantenerse en contacto con unidades de salud (28). Las intervenciones psicológicas se tratan de forma individual, familiar y mixta, usando diferentes tipos de técnicas: terapia cognitivo conductual, tratamiento cognitivo conductual ambulatorio, psicoterapia interpersonal intensiva, intervención asertiva para autolesiones deliberadas, intervención psicológica en resolución de problemas y tratamiento basado en habilidades. Las intervenciones familiares implementadas fueron: terapia familiar basada en apego, terapia familiar cognitivo conductual, terapia multisistémica, e intervención de crisis basada en la familia, mientras que de forma mixta se usó la terapia integral individual y familiar. Las intervenciones educativas y psicosociales incluyeron talleres preventivos, programas de apoyo y entrevistas motivacionales sensibilizando a los jóvenes sobre el suicidio, mientras que las intervenciones psicosociales buscan el acompañamiento grupal, creando grupos de apoyo social capacitados para realizar el acompañamiento (28).

7.5. Impacto de las intervenciones en la calidad de vida

La TCC-I dirigida por enfermeras especializadas mejora en la profundidad del sueño, la eficiencia del sueño y el tiempo que se pasa despierto después de quedarse dormido inicialmente, a medio y largo plazo (T1 y T2). Las tasas de remisión son más altas y existe más adherencia cuando la terapia es dirigida por enfermeras, ya que en las terapias no guiadas de autoayuda, no hay comunicación profesional, motivo por el cual aumentan las tasas de abandono. Estudios que se hicieron con psicólogos tienen tasas de abandono comparables a las enfermeras, con una diferencia levemente superior en la profesión enfermera. Se demuestra que la TCC-I reduce significativamente los síntomas depresivos a niveles leves o normales, en adolescentes con depresión e insomnio coexistentes, a corto y largo plazo (22). Muchos episodios depresivos remiten en el plazo de un año, pero recaen en un plazo de cinco años, por este motivo, hace falta destacar la intervención temprana durante la adolescencia, ya que mejorando las tasas de identificación insatisfechas existe un impacto positivo importante en la salud mental en la etapa adulta (24). Los programas

que cuentan con indicadores altos de calidad fueron SSA, ASAP, AID y SEYLE, que operan con tratamientos psicológicos, resultando los más relevantes a la hora de mejorar la calidad de vida y planificar un programa de prevención de depresión con ideación suicida (28).

Las familias de pacientes con TDM presentan un estado de salud mental significativamente peor que la población general. Es interesante disminuir el estrés psicológico de las familias ya que afecta de forma negativa a la salud del paciente, mejorando la calidad de vida de los familiares y de los pacientes con TDM. Las recaídas y la cronicidad del TDM aumenta el sufrimiento de las familias, la tasa de divorcio entre paciente y pareja, de los familiares cercanos y la probabilidad de desarrollar depresión subumbral de familiares. En el estudio de Katsuki F (27), no se obtuvo un efecto estadísticamente significativo de la Terapia Multifamiliar Breve (BMP), en la Escala de detección de Kessler para el malestar psicológico (K6) de los familiares, en las 16 semanas del seguimiento. Los análisis revelaron que BMP redujo los síntomas depresivos en los miembros de la familia sin significancia estadística, mejoró el funcionamiento familiar, la capacidad de respuesta afectiva y el control del comportamiento a las 8 semanas. En la etapa de remisión parcial o total, la BMP obtuvo tasas de recaída significativamente menores al grupo control, y mejoró el funcionamiento social y las relaciones parento filiales en comparación con el tratamiento estándar, pero en ningún momento disminuye el estrés familiar de forma significativa durante el seguimiento (27). En el grupo de intervención se realizaron cuatro sesiones para reducir el estrés de las familias y cada sesión incluyó familias de cuatro pacientes. Consisten en una presentación, seguida de una terapia de grupo de apoyo centrada en la resolución de problemas. En la primera sesión se informa sobre las causas y los síntomas de la depresión mayor; en la segunda, se tratan los medicamentos usados en el TDM; en la tercera, se informan de los recursos comunitarios que brindan asistencia a las familias; y en la última, se proporcionan indicaciones para las familias que cuidan a pacientes con TDM. La terapia grupal de apoyo consistió en que las familias socialicen con otras familias, se les pidió que presentaran problemas, objetivos y sugieran posibles soluciones, y el que presentó el problema, elige la solución que mejor le convence. La sesión en el grupo de control consistió en un asesoramiento breve, administrado por una enfermera con experiencia en Salud Mental, con escucha activa del sufrimiento de los familiares, información sobre terapias, comunicación efectiva, recaídas, lo que se considera parte del tratamiento habitual. Es cierto que este estudio no encontró diferencias significativas

entre el grupo intervenció i control a curt plaç en la reducció del estrès familiar, però el estudi de Pinto B. (35) junt amb altres estudis, demostren la reducció del estrès familiar amb la BMP, realitzant un seguiment més durader.

7.6. Limitacions del estudi

Nos hem enfrontat a diferents dificultats en el moment de realitzar la metodologia de la revisió, ja que la franja d'edat adolescent no està ben delimitada i hi ha estudis que inclouen a pacients amb més edat que en altres estudis, i tots dos els consideren adolescents. Per aquest motiu, no vam posar un rang d'edat per a l'inclusió dels articles al nostre estudi, tan sols era necessari que inclouessin a la població adolescent. A més, volíem afegir un estudi que abordés les experiències d'infermeres de salut mental sobre el TDM, però el que hem trobat amb la fórmula de cerca usada, no tracta el TDM de manera específica, sinó que tractava la depressió relacionada amb altres trastorns com el maníac i l'esquizoafectiu i no encaixava amb la temàtica d'aquest estudi.

Se'n va trobar una gran dificultat per trobar estudis de la població espanyola o a escala mundial, i els estudis dels autors de Salcedo S. i Doty B. (28 i 30 respectivament), estan limitats al centrar-se en uns països molt semblants, i destaquen la necessitat de realitzar un estudi a una escala més global per tenir resultats més globals sobre els programes més efectius.

Els estudis disponibles tenien diferents inconvenients que podrien influir en els seus resultats. La mostra escollida en el estudi de Chen CJ (23), té una alta prevalença de depressió, el que pot influir en la diferenciació de la associació entre els símptomes depressius amb la baixa o alta seguretat en l'afecte, ja que en altres estudis sí que es van trobar diferències en aquests grups (33, 34).

La teràpia multifamiliar breu inclou als pacients en el grup, però el estudi de Katsuki F (27), no ho va fer per por al sentiment de culpabilitat dels pacients, i pot haver estat una font de confusió, ja que altres estudis sí que van demostrar l'eficàcia de la teràpia. El estudi nos va resultar molt interessant perquè era dels pocs que tractava de la família del pacient amb la nostra fórmula de cerca.

No tots els estudis inclosos en la revisió sistemàtica de Halladay JE. (29), controlen variables com el consum simultani d'altres substàncies o altres factors relacionats amb el cannabis, el que podria alterar els resultats, ja que no és el mateix que un pacient fumi només cannabis que barrejar el cannabis amb una altra droga. Includim aquest estudi ja que el cannabis, junt amb l'alcohol són de les drogues més

consumidas entre los adolescentes, y si no se previene su consumo de forma adecuada, evoluciona a un TDM u otros trastornos de SM más difíciles de abordar.

7.7. Propuesta de líneas futuras de investigación y actuación

El TDM en adolescentes se ve afectado por la cultura y los factores sociales de cada país, motivo por el cual, es importante estudiar cómo las variables socioeconómicas de nuestro país afectan en el curso de la depresión mayor, comparando las diferentes regiones de España, ya que pueden haber diferencias fundamentales entre las poblaciones estudiadas y la población española. Es importante diferenciar las sociedades asiáticas y los países occidentales sobre la asociación entre el desapego y la depresión, que sería interesante tratar en futuras investigaciones. La multiculturalidad que existe en España, da importancia a tratar los diferentes vínculos afectivos de los adolescentes con los padres, ya que cada cultura tiene un estilo de crianza particular que podría estar relacionado con el TDM (23).

Es cierto que la tasa de depresión entre los adolescentes coreanos es más alta que la tasa de población mundial y española, por lo que sería interesante realizar el estudio de Kim Eun-Mi (25) con la población española, para comparar y ver si difieren los resultados.

Se deberían desarrollar políticas regulatorias sólidas para reducir las conductas de riesgo para la salud, limitando a los adolescentes el acceso al consumo de tóxicos, en especial el tabaco, el alcohol y el cannabis, ya que aún con la ilegalidad de vender estas sustancias a menores, siguen siendo las más consumidas, y de esta manera se reducirían los trastornos mentales que se manifiestan por el consumo de drogas. Crear servicios de atención profesional en los institutos educativos, hará más sencillo implementar los programas de prevención, para que los adolescentes reciban un apoyo psicológico, familiar y social, realizando intervenciones multidimensionales personalizadas (25).

Se necesita aumentar el conocimiento y evidencia científica sobre nuevos programas para reducir las muertes por suicidio como las tentativas suicidas. Realizar Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) en zonas específicas, abordando la heterogeneidad clínica y etiológica de la conducta suicida en adolescentes con síntomas depresivos, ayudaría a tener más conocimiento para prevenir estos sucesos de forma efectiva. Las instituciones educativas pueden trabajar para reducir el suicidio de jóvenes, adoptando las recomendaciones de las mejores prácticas relacionadas con la prevención, de los factores de riesgo, como el acoso escolar y la intervención del suicidio.

Por otro lado, investigar la relación de la adicción de las pantallas con la depresión y el insomnio, es clave para desarrollar intervenciones efectivas en nuestro país. Se debería tratar de limitar el uso de aplicaciones móviles por la noche, ya que de lo contrario provoca problemas mayores. También habría que mejorar los programas preventivos hacia los adolescentes, para educarlos en la importancia de la higiene del sueño y respetar su ritmo circadiano, evitando las pantallas antes de dormir y reduciendo su uso durante el día, en especial el tiempo que pasan en redes sociales y jugando a videojuegos, haciéndoles entender las complicaciones que pueden desarrollar con una mala higiene de su sueño.

Resultaría muy interesante consolidar la figura de enfermera escolar para todas las instituciones educativas, ya que mejoraría la accesibilidad a la población adolescente, y se podrían realizar programas educativos con diferentes actividades especializadas a la temática que se quiera intervenir, pudiendo evitar el consumo de drogas, la actividad sexual temprana, el uso excesivo del teléfono, el acoso escolar y la conducta suicida de una forma más efectiva.

En el estudio de Bhatta S. (24), la mayoría de los adolescentes iban a visitas en su centro de atención primaria de enfermedades episódicas que pueden haber sido una fuente de confusión de síntomas depresivos. Este inconveniente sugiere que sería de gran importancia repetir el estudio con una muestra de adolescentes más heterogénea en España, para reforzar la credibilidad del PHQ-9, e implementarlo en escuelas y centros de Atención Primaria, mejorando la identificación y prevención de este trastorno. Realizar formaciones profesionales a las enfermeras de atención primaria sobre el PHQ-9, ayudaría a mejorar las tasas de detección temprana y prevención de este trastorno con un coste mínimo. También proponemos hacer seminarios dentro de los planes de estudios para las futuras enfermeras, enseñando herramientas como la identificación, el apoyo emocional y realizar las intervenciones educativas.

La falta de diferenciación estadística entre el grupo intervención y control en el estudio de Katsuki F. (27), junto al empeoramiento del estrés de las familias en el seguimiento a la semana 16, indica que es difícil gestionar el estrés en tan solo 4 sesiones de BMP, y la finalización del programa provoca un aumento del estrés familiar. Además, existen otros estudios anteriores, como el estudio de Pinto B. (35), publicado en el año 2010, que demuestran la efectividad de la BMP, motivo por el cual, es necesario realizar más ECA con mayor número de pacientes adolescentes, tiempo de investigación y poder estadístico, sobre la psicoeducación familiar, demostrando la eficacia de esta terapia.

8. CONCLUSIÓN

A lo largo de esta revisión bibliográfica, se ha manifestado la importancia crítica de abordar el TDM en la adolescencia, una etapa vital con cambios biológicos, psicológicos y sociales que la caracterizan. Los estudios consultados coinciden en indicar que la concienciación de los factores de riesgo, la detección temprana y la intervención adecuada, marcan una diferencia significativa en la evolución del trastorno en la vida adulta y en la calidad de vida de los adolescentes afectados.

En cuanto al abordaje de la prevención del TDM, los programas escolares basados en la promoción de la salud mental, con el objetivo de mejorar las habilidades socioemocionales junto a la identificación y la prevención temprana de factores de riesgo, como el desapego parental, el abuso de sustancias, tener relaciones sexuales a temprana edad, la mala higiene del sueño y el uso excesivo de pantallas especialmente por la noche, han mostrado buenos resultados, aunque se necesitan más estudios para demostrar las intervenciones que son eficaces e individualizarlas a diferentes contextos.

Respecto al tratamiento, la literatura consultada indica que las terapias psicológicas, especialmente la TCC, son la primera línea de intervención. En casos moderados a graves, el tratamiento farmacológico, principalmente con ISRS, puede ser beneficioso, siempre bajo un seguimiento médico. La combinación de terapia psicológica y farmacológica en determinados casos, ha demostrado ser más eficaz que cada una por separado.

La OMS incluye la prevención de la complicación más letal del TDM, la conducta suicida, como uno de los objetivos principales de prevención, con estrategias desde el entorno familiar y escolar. A pesar del abordaje, persisten carencias socioculturales importantes, como el estigma, la falta de acceso a servicios de SM y la necesidad de intervenciones más personalizadas sobre todo en países con ingresos bajos y medios. Es fundamental seguir la investigación sobre este trastorno en nuestro país, ya que la prevalencia va en aumento; mejorar la formación de profesionales e implementar políticas públicas que prioricen la salud mental adolescente desde una perspectiva integral y preventiva.

En definitiva, la prevención y el tratamiento del TDM en adolescentes requiere de un enfoque biopsicosocial y multidisciplinar, duradero en el tiempo y sensible a la realidades sociales y culturales de una población vulnerable.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. La salud de los adolescentes y los adultos jóvenes [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 2024 Nov 2]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
2. Guías de Práctica Clínica. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [citado 2024 Nov 2]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl.pdf
3. Beneyto MG. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018 [citado 2024 Dic 22]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
4. Gallego Iborra A, García Aguado J, Pallás Alonso CR, Rando DA, San Miguel Muñoz MJ, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, et al. Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (parte 1). Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2020 Jun [citado 2024 Nov 2];22(86):195-206. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000300015
5. Viswanathan M, Kennedy SM, McKeeman J, et al. Tratamiento de la depresión en niños y adolescentes: una revisión sistemática [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2020 Abr [citado 2024 Nov 2]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555853/>
6. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Mol Psychiatry [Internet]. 2021 [citado 2024 Nov 2];27(1):281-95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
7. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. Asian J Psychiatr [Internet]. 2017 [citado 2024 Nov 2];27:101-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.025>
8. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. XXVI Congreso Nacional de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria [Internet]. Madrid: Pediatría Integral; [citado 2024 Dic 23]. Disponible en:

- https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/03/Pediatria-Integral-XXVI-2_WEB.pdf#page=35
9. Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2021;16(3):e0246454. [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
 10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2014.
 11. Ministerio de Sanidad. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. 2a ed [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018 [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf
 12. García-Escalera J, Valiente RM, Sandín B, Ehrenreich-May J, Chorot P. Los efectos de un programa de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar. Rev Psicodidáct [Internet]. 2020;25(2):143-9. [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113610342030006X>
 13. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia [Internet]. BOE; [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-9347>
 14. Guías de Práctica Clínica. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Anexo 02 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/07/gpc_575_depresion_infancia_anexo_02.pdf
 15. Milione HF, Valdez P, Rayo AC, Cámara L. Choosing Wisely hispanoamericano en medicina interna: Recomendaciones del Foro Internacional de Medicina Interna en prevención cuaternaria. Buenos Aires: Editorial Alfíl; 2024. [citado 2024 Dic 23].
 16. Arrieta AKA. Intervención cognitivo conductual en un caso de un adolescente con trastorno depresivo [Internet]. Cartagena: Universidad de San

- Buenaventura; [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <http://repositorio.unisinucartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1176/1/Intervenci%c3%b3n%20cognitivo%20conductual%20en%20un%20caso%20de%20un%20adolescente%20con%20trastorno%20depresivo%20mayor.pdf>
17. Sanz J, García-Vera MP. Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. Clin Salud [Internet]. 2020 [citado 2024 Dic 23];31(1):55-65. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742020000100006&script=sci_ar_text&tlng=pt
 18. Silva Paredes CR. Estrategias de terapia dialéctica conductual para depresión en adolescentes: una propuesta teórica. Talentos [Internet]. 2022;9(2):84-100. [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33789/talentos.9.2.172>
 19. Donayres JBT. La soledad y la adicción a las redes sociales en adolescentes [Internet]. Huancayo: Universidad Continental; [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11499/2/IV_FHU_501_TE_Torres_Donayres_2022.pdf
 20. Campo-Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2015;44(4):243-50. [citado 2024 Dic 23]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003>
 21. Bai N, Yin M. Mejora del sueño y el estado de ánimo en adolescentes con depresión: un ensayo aleatorizado sobre terapia cognitivo-conductual digital dirigida por enfermeras para el insomnio. Sleep Med [Internet]. 2024;124:627–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2024.10.030>
 22. Chen CJ, Sung HC, Chen YC, Wang CH. Una investigación de los factores relacionados con la baja seguridad del apego entre padres e hijos adolescentes en Taiwán. J Am Psychiatr Nurses Assoc [Internet]. 2018;24(4):332–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1078390317727596>
 23. Bhatta S, Champion JD, Young C, Loika E. Resultados del cribado de depresión en adolescentes que acceden a servicios de atención primaria pediátrica en centros escolares. J Pediatr Nurs [Internet]. 2018;38:8–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2017.10.001>
 24. Kim EM, Kim H, Park E. How are depression and suicidal ideation associated with multiple health risk behaviours among adolescents? A secondary data analysis

- using the 2016 Korea Youth Risk Behavior Web-based Survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2020;27(5):595–606. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12610>
25. Dewi RK, Efendi F, Has EMM, Gunawan J. Adolescents' smartphone use at night, sleep disturbance and depressive symptoms. *Int J Adolesc Med Health* [Internet]. 2018;33(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/ijamh-2018-0095>
26. Katsuki F, Takeuchi H, Inagaki T, Maeda T, Kubota Y, Shiraishi N, et al. Brief multifamily psychoeducation for family members of patients with chronic major depression: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018;18(1):207. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1788-6>
27. Salcedo S, Gerardo A. La conducta suicida y su relación con factores psicosociales vinculados a la salud mental, en población juvenil chilena. Un análisis para la generación de programas de prevención [Internet]. Córdoba: Universidad de Córdoba, UCOPress; 2023. Disponible en: https://helvia-uco-es.sabidi.urv.cat/xmlui/bitstream/handle/10396/26136/20230000_02743.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Halladay JE, MacKillop J, Munn C, Jack SM, Georgiades K. Cannabis use as a risk factor for depression, anxiety, and suicidality: epidemiological associations and implications for nurses. *J Addict Nurs* [Internet]. 2020;31(2):92–101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/JAN.0000000000000334>
29. Doty B, Bass J, Ryan T, Zhang A, Wilcox H. Systematic review of suicide prevention studies with data on youth and young adults living in low-income and middle-income countries. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12(9):e055000. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055000>
30. Evaluación del vínculo de apego en la infancia y adolescencia [Internet]. Aepnya.eu; [citado 16 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/883/825>
31. Nunes F, Mota CP, Ferreira T, Schoon I, Matos PM. Metaemoción parental, apego a los padres y agencia personal en adolescentes. *J Fam Psychol* [Internet]. 2022;36(6):964–74. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/fam0000947>
32. Duarte Tánori KG, Vera Noriega JA, Fregoso Borrego D. Apego a los padres, a los iguales y adicción a internet en la relación entre depresión y autolesión en adolescentes mexicanos. *Rev Psicol Patol Psicol Clin* [Internet]. 2023;28(1):39–50. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/31795>



33. Suárez Colorado YP, Ebratt Pedraza JD, Samper Santiago C, Medina Cotes J. Apego parental y riesgo suicida en adolescentes y jóvenes. *Inf Psicol* [Internet]. 2019;19(2):67–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a05>
34. Pinto B, Álvarez E. Terapia breve y depresión infantil: estudio de caso. *Rev AJAYU* [Internet]. 2010;8(1):87–106. Disponible en: <https://ajayu.ucb.edu.bo/a/article/view/177>
35. Cassiani-Miranda CA, Cuadros-Cruz AK, Torres-Pinzón H, Scoppetta O, Pinzón-Tarrazona JH, López-Fuentes WY, et al. Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2021 [consultado el 17 de mayo de 2025];50(1):11–21. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-valid-ez-del-cuestionario-salud-del-S003474501930071X>

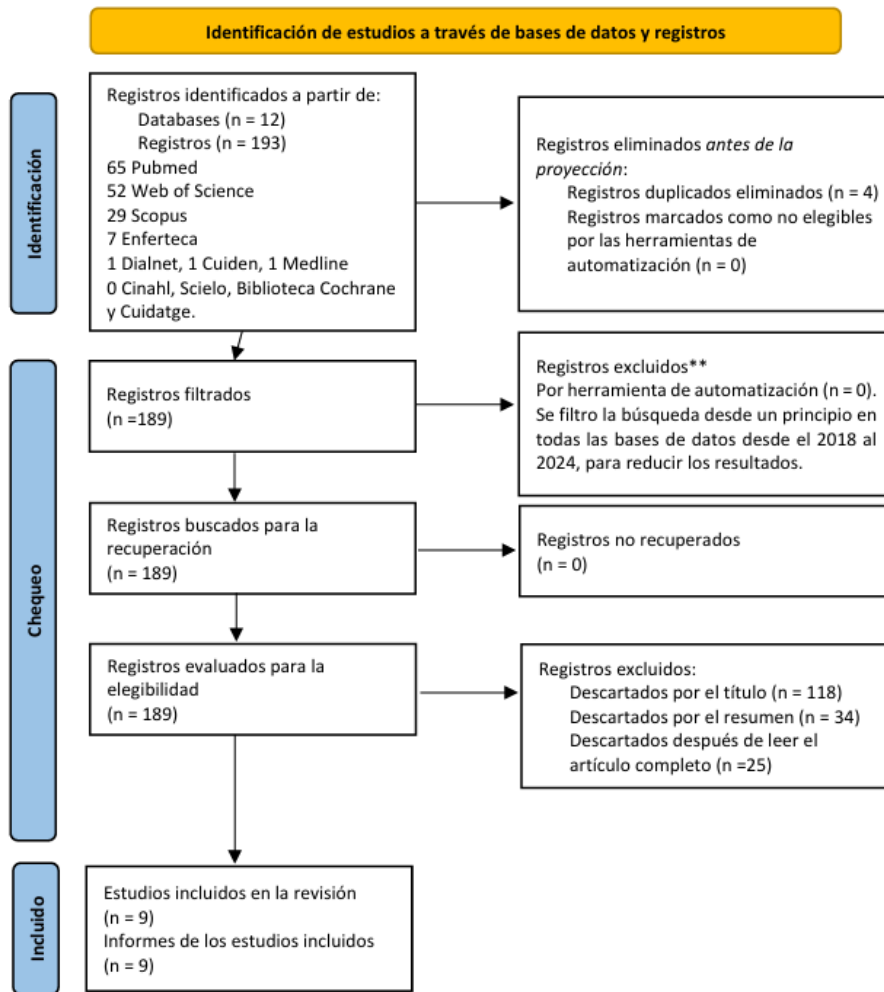
10. ANEXOS

ANEXO 1. Tabla fórmulas de búsqueda

Bases de datos	Fórmula de búsqueda	Artículos seleccionados
Pubmed	(adolescents[MeSH Terms]) AND (major depressive disorder[MeSH Terms])) AND (nursing[MeSH Terms])	4
Cinahl	(adolescents) AND (major depressive disorder) AND (nursing)	0
Scielo	(adolescentes) y (trastorno depresivo mayor) y (enfermería)	0
Scopus	(adolescents) AND (major depressive disorder) AND (nursing)	2
Dialnet	(adolescentes) y (trastorno depresivo mayor) y (enfermería)	1
Cuiden	(adolescentes) y (trastorno depresivo mayor) y (enfermería)	0
Biblioteca Cochrane	(adolescentes) y (trastorno depresivo mayor) y (enfermería)	0
Enferteca	(adolescentes) y (trastorno depresivo mayor) y (enfermería)	0
Web of Science	(adolescents) AND (major depressive disorder) AND (nursing)	2
Medline	(adolescents) AND (major depressive disorder) AND (nursing)	0
Clinical Key Student	(adolescents) AND (major depressive disorder) AND (nursing)	0
Cuidatge	(adolescentes) y (trastorno depresivo mayor) y (enfermería)	0

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2. Diagrama de flujo PRISMA 2020



Fuente: Elaboración propia



ANEXO 3. Cuestionario PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan a menudo le han afectado alguno de los siguientes problemas? (Use «\» para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer para hacer las cosas				
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanzas				
3. Dificultad para conciliar o mantener el sueño, o dormir demasiado				
4. Sentirse cansado o tener poca energía				
5. Mal apetito o comer en exceso				
6. Sentirse mal sobre sí mismo (o que es un fracaso o se ha decepcionado a usted o a su familia)				
7. Dificultad para concentrarse en actividades, como leer el periódico o ver televisión				
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas pueden haberlo notado. O lo contrario, sentirse tan nervioso e inquieto que ha estado moviéndose más de lo usual				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse austed mismo de alguna manera				

Fuente: Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. (35)