

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DESDE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA.

DEPRESSION PREVENTION ON YOUNG PEOPLE
TROUGH COMMUNITY NURSING.

AUTORA: IRENE AGÜERA LEDESMA
DIRECTOR: JUAN FRANCISO BEJARANO RAMIREZ

TÍTULO A OPTAR: GRADO EN ENFERMERÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA
JUNIO 2018



Anexo II: AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo."

INDICE

1. Resumen / Abstract	4
2. Introducción	5
2.1. Objetivos del trabajo	5
2.2. Estrategia de búsqueda de bibliografía	5
2.3. Descripción de capítulos	6
3. Depresión en adolescentes.	6
3.1. Historia	6
3.2. Epidemiología	8
3.3. Sintomatología de la depresión en adolescentes.	9
3.4. Principales factores de riesgo en la depresión adolescente.	10
3.4.1. Edad	11
3.4.2. Sexo	11
3.4.3. Inmigración	11
3.4.4. Nivel Socioeconómico	12
3.4.5. Dinámica familiar	12
3.4.6. Autoestima e imagen corporal	13
3.4.7. Hábitos tóxicos	13
3.4.8. Alimentación y actividad física	14
3.5. Diagnóstico en consulta y principales tratamientos.	14
4. La enfermería comunitaria y la depresión adolescente.	16
4.1. Qué es la enfermería comunitaria	16
4.2. Papel de la enfermería comunitaria en la prevención	16
4.3. Enfermería comunitaria y trastorno depresivo en adolescentes	18
4.3.1. Prevención de los factores de riesgo	18
4.3.1.1. Alimentación saludable y actividad física	19
4.3.1.2. Prevención de hábitos tóxicos	21
4.3.1.3. Autoestima e imagen corporal	22
4.3.1.4. Inmigración	23
4.4. Enfermería comunitaria en los principales contextos del adolescente	24
4.4.1. Familia	25
4.4.2. Centros educativos	26

5. Conclusiones	28
6. Agradecimientos	29
7. Bibliografía	31
8. Anexos	34

1. RESUMEN:

Según datos de la OMS, la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, habiéndose convertido en la principal causa de discapacidad en todo el mundo (1).

La mitad de los trastornos depresivos comienzan en la adolescencia, siendo éste un grupo de población importante con el que trabajar desde la prevención, con el fin de poder evitar las consecuencias a corto y largo plazo.

La depresión en adolescentes es difícil de detectar y presenta ciertas barreras: los padres no saben identificarla, los jóvenes no buscan ayuda y el profesorado suele carecer de formación para identificar la sintomatología; solo cuando la depresión llega a ser evidente, es cuando se acude a consulta, presentando el caso mayor dificultad y posibilidad de cronicidad.

El trastorno depresivo en adolescentes debe trabajarse desde la prevención y la detección precoz. La enfermería comunitaria actúa como nexo entre el sistema sanitario y el contexto en el que se desarrolla el problema. Los profesionales de enfermería comunitaria cuentan con la formación para valorar tempranamente al adolescente y poder trabajar en aquellos contextos donde éste se desarrolla.

Palabras clave: Depresión, Adolescente, Prevención, Enfermería en salud comunitaria.

ABSTRACT:

According to WHO data, depression affects more than 300 million people worldwide, having become the leading cause of disability worldwide (1).

Half of the depressive disorders begin in adolescence, being this an important population group with which to work from the prevention, in order to be able to avoid the consequences in the short and long term.

Depression in adolescents is difficult to detect and presents certain barriers: parents do not know how to identify it, young people do not seek help and teachers usually lack training to identify symptoms; only when the depression becomes evident, is it when they go to a doctor's office, presenting the case with greater difficulty and possibility of chronicity.

Depressive disorder in adolescents should be worked from prevention and early detection. Community nursing acts as a link between the health system and the context in which the problem develops. Community nursing professionals have the training to assess the adolescent early and be able to work in those contexts where it develops.

Key words: Depression, Adolescent, Prevention, Community Health Nursing.

2. INTRODUCCION

La depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, habiéndose convertido en la principal causa de discapacidad en todo el mundo (1).

Dentro del grueso de la población, las mujeres, los jóvenes y los adultos mayores, se constituyen como los grupos más vulnerables a padecer depresión.

Según Guillen et al. (2) en la adolescencia existe un riesgo de dos a cuatro veces mayor de que la depresión persista en la edad adulta y, además, suele aparecer asociada a trastornos disociales, de la actividad y la atención, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Por lo tanto, una depresión adolescente no detectada o ineficazmente tratada, acarreará a un adolescente con peor calidad de vida y a un adulto con mayores frecuentaciones a consultas y hospitalizaciones psiquiátricas, que además del costo social, implicará un alto costo personal, laboral y familiar y que, en el peor de los casos, llegará al suicidio. La OMS estima que cada año se suicidan en el mundo cerca de 800.000 personas, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (1).

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados no lo recibe, esto responde a varios motivos: falta de conocimientos, estigmatización, falta de recursos comunitarios o una evaluación errónea, donde los adolescentes con depresión no son diagnosticados correctamente (1).

Resulta por tanto de vital importancia la prevención de este trastorno durante la adolescencia, ya que la mayoría de las depresiones adultas tienen un inicio o una primera sintomatología en esta etapa, y además, porque aumenta tanto el riesgo de muerte durante la adolescencia, como la pérdida de años de calidad de vida.

Por lo tanto, en este trabajo, se pretende ahondar tanto en el conocimiento de la depresión adolescente, como en aquellos aspectos que justifican que, desde la enfermería comunitaria, se trabaje la prevención y la detección precoz de este importante y limitante trastorno mental desde diversos ámbitos de actuación.

2.1 OBJETIVOS DEL TRABAJO

Este trabajo se presenta como una monografía descriptiva donde el objetivo principal es:

- La prevención de la depresión en adolescentes desde la enfermería comunitaria.

Y los objetivos secundarios:

- Definición de la depresión adolescente, sus principales factores de riesgo y sintomatología.
- Definición de la enfermería comunitaria y marco legal en el que se sitúa.
- Principales contextos donde trabajar la prevención de la depresión en adolescentes desde el PAE en la enfermería comunitaria.

2.2 ESTRATEGIA DE BUSQUEDA DE BIBLIOGRAFIA

Para la realización de esta monografía descriptiva, se han seguido distintas estrategias.

Por un lado, se ha recurrido a las principales bases de datos en busca de artículos relacionados con el tema.

Antes de realizar dicha búsqueda, se han establecido criterios que permitan concretar más los resultados, estos han sido:

- Búsqueda de artículos académicos publicados en bases de datos fiables.
- Intervalo de búsqueda ubicado en los diez últimos años (2008 – 2018) para que la información esté actualizada.
- Acceso libre a los artículos.
- Búsqueda de bibliografía en inglés y español.

Las principales bases de datos utilizadas en la elaboración del trabajo han sido: Google Académico, Dialnet, PubMed y Scielo; así como revistas de Enfermería, Psicología y Medicina.

Por otro lado, se ha recurrido a páginas oficiales de las que obtener sobre todo datos de incidencia; como la Web de la Organización Mundial de la Salud o la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Por último, para situar el trabajo de la enfermería comunitaria en un marco legal, se ha recurrido a páginas oficiales del Gobierno como: el Boletín Oficial del Estado, la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud o la sede Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, donde además de aspectos legales, se recogen marcos teóricos desde los que trabajar la prevención de la salud mental en adolescentes desde la enfermería comunitaria.

2.3 DESCRIPCION DE CAPITULOS

El trabajo consta de dos capítulos principales.

El primer capítulo está centrado en la depresión adolescente, en profundizar su conocimiento para poder trabajar en la prevención. Comienza situando la historia del reconocimiento de la depresión adolescente, para pasar a reflejar la epidemiología, que aporta datos actuales de la situación, la principal sintomatología de la depresión adolescente y la descripción de aquellos factores de riesgo que han demostrado ser precipitantes en la depresión de los adolescentes.

El segundo capítulo se centra en la enfermería comunitaria en el trabajo de la prevención de este trastorno, primero sitúa a la enfermería comunitaria en el marco legal y se enfatizan aquellos aspectos que justifican su trabajo comunitario en prevención, así como su presencia en la comunidad; a continuación, se ahonda en la intervención enfermera en la depresión adolescente desde el proceso de atención de enfermería (PAE), se plantea la intervención de cada uno de los factores de riesgo mencionados en el capítulo anterior para, después, centrarse en aquellos dos aspectos que constituyen los principales contextos del adolescente y donde el trabajo preventivo cobra relevante importancia, como son la familia y el centro educativo.

Finalmente se hace una discusión de todo lo propuesto estableciendo conclusiones.

3. DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

3.1 HISTORIA

Hacer un recorrido o revisión sobre la depresión en adolescentes puede resultar difícil, pues históricamente, costaba aceptar que los niños y adolescentes sufriesen tal problema, relacionando cualquier sintomatología aparecida en estos con problemas conductuales, rabietas o tristezas puntuales.

Sin embargo, en la actualidad, se reconoce que los síntomas depresivos pueden aparecer a edades tempranas, siendo de vital importancia la observación para su detección precoz; no resultando tan fácil por otro lado, realizar tal detección y diagnóstico.

Todo este avance y reconocimiento, ha sido fruto de la investigación, integración y adaptación de terminología adulta sobre la depresión, al caso de niños y adolescentes, determinando para ello la precisa diferenciación entre ambos colectivos.

Para recorrer la historia sobre el reconocimiento de la depresión como patología infantil y adolescente, se puede recurrir a varios autores, en este trabajo se hace alusión a dos de ellos, Guillen et al. (2) y Herrera et al. (3), que, si bien clasifican dicha historia atendiendo a diferentes categorías, en ambos casos, la cronología tiende a coincidir.

La historia sobre el reconocimiento de la depresión en adolescentes, según Guillen et al. (2) puede dividirse en cuatro etapas:

1. Siglo XVIII: en este primer periodo, la depresión es referida como melancolía, en esta etapa, la importancia sobre el problema recae en las experiencias que se dan durante la infancia y en la educación recibida. Dejando fuera de toda investigación, la parte intrínseca del problema, el adolescente, su personalidad, su mundo interno (haciendo alusión de la misma manera a la infancia).

En esta etapa inicial, no obstante, se empiezan a dar primeros autores que expresan el problema utilizando el término depresión, como Baker, en 1755 quien dice que los niños y adolescentes pueden enfermar por influencia de sus emociones. Aparecerán otros autores de importancia, que afirmarán que la melancolía y la manía aparecen en niños y adolescentes, quedando el tema consolidado con Delasiauve, quien, en 1852, realiza el primer texto monográfico sobre psiquiatría infantil (2).

2. Siglo XIX: En este periodo, tras la publicación del texto de Delasiauve, empiezan a surgir diversos escritos sobre patología mental infantil, apareciendo en estos escritos casos concretos de niños sobre los que se demuestra la existencia de depresión, describiendo tanto el tratamiento realizado o experimentado, como los resultados obtenidos. Estos casos prácticos, sirvieron para asentar las bases del trabajo psicológico, cognitivo o conductual que se podía aplicar a niños y adolescentes.

3. Primera mitad del Siglo XX: Es este un periodo marcado por el psicoanálisis, donde autores ya tan conocidos como Freud, hablan de los comportamientos afectivos de los niños cuando sufren determinadas experiencias. Sin embargo, hay una parte del psicoanálisis que se contrapone a esta explicación, argumentando que seres inmaduros, no pueden generar depresiones, al no tener un desarrollo cognitivo ni afectivo completo e interiorizado, por lo que la depresión en estas etapas de la vida, no puede darse.

No obstante, autores como Freud, Spitz o Batwin, sí defienden comportamientos depresivos y ansiosos, relacionados con experiencias traumatizantes como la separación o la pérdida de un ser querido, aportando para ello estudios e investigaciones innovadoras en aquel momento (2).

4. Segunda mitad del Siglo XX: constituye esta la última etapa y la que llega a la actualidad. En esta etapa, el término melancolía queda obsoleto y el de depresión es reconocido. Al reconocerse como problema, empieza a surgir bibliografía sobre el tema en torno a los años 70. Cabe destacar la aparición de la clasificación de las alteraciones psiquiátricas en el niño.

La depresión en adolescentes es aplicada sobre todo a molestias somáticas, problemas de conducta y manifestaciones de delincuencia. Sin embargo, todavía habrá autores que hablen de la depresión en niños y adolescentes como experiencias concretas que rompen un equilibrio anterior, relacionando dichas experiencias con las etapas vitales y los desafíos que cada etapa implica.

Así, durante todo este recorrido histórico, se observa que las referencias a este problema son extensas y prolongadas en el tiempo, y si bien, la depresión infantil y adolescente ha estado

siempre presente, aunque referida en distintos términos, esto ha generado controversia a lo largo de todo este tiempo.

Según la clasificación de Guillen et al. (2), lo que terminó de dar impulso a la consolidación del concepto de depresión, fueron las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales como el DSM entre otros, las cuales clasifican las depresiones infantiles y adolescentes como las del adulto, pero con matices.

Otra manera de contextualizar la depresión infantil y adolescente surge por parte de Herrera et al. (3), quienes realizan un análisis histórico sobre el concepto de depresión en infancia y adolescencia, pero a través de concepciones teóricas que marcan cada época. Este recorrido pasaría por cuatro movimientos teóricos:

1. Psicoanálisis: Una primera concepción estaría, en el psicoanálisis (finales del Siglo XIX, primera mitad del Siglo XX), desde este punto de vista, la depresión infantil y adolescente no existe, al ser un fenómeno del super yo (figura que, según el psicoanálisis, se compone de la conciencia moral y el ideal del yo, refiriéndose a la capacidad de la autocrítica y el reproche), que se vuelca contra el yo. Explicándose esta imposibilidad, en que el super yo no es innato y se adquiere con la maduración del individuo, por lo tanto, la depresión no estaría explicada.

2. Depresión enmascarada: La segunda concepción se sitúa en el Siglo XX, aquí, se habla de “depresión enmascarada”; Glaser en 1968 y Malmquist en 1977, proponen la existencia de la depresión, pero de una manera interna e inobservable, que se revela al exterior de manera distinta que en el caso de los adultos y dificultando su diagnóstico y reconocimiento.

3. Depresión transitoria: La tercera concepción, vendría dada por autores como Rutter, en los años 90, para ellos, la depresión es transitoria en el niño y adolescente, pudiendo aparecer en cualquier momento de la vida, pero desapareciendo de la misma manera. Asimismo, la sintomatología cambiará teniendo en cuenta el estadio de desarrollo, sin embargo, sí se habla de la sintomatología depresiva.

4. Depresión adulta: La última concepción sería aquella en la que se afirma que la depresión infantil y adolescente se asemeja a la del adulto.

Como se puede observar, en ambos recorridos, se habla de concepciones parecidas en las mismas épocas; en uno de los recorridos, se establece un orden cronológico, mientras en el otro, se centran en concepciones teóricas pero que, si se observa detenidamente, estas concepciones corresponden a los momentos cronológicos del primer recorrido.

Ambas formas de contextualizar la historia coinciden en la aparición de congresos y clasificaciones internacionales, como punto de inflexión para el reconocimiento de la patología depresiva en infancia y adolescencia, estableciéndose que será finalmente en 1977, con la publicación de las actas del Congreso Nacional del Institute of Mental Health (NIMH) y con la publicación del DSM – III en 1980, cuando se acepte y reconozca la depresión infantil y adolescente, junto a la posibilidad de ser diagnosticada con los mismos parámetros que en el adulto (2,3).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

Según Padrón Monedero (4), recogiendo datos de la OMS, en todo el mundo, la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes es aproximadamente del 20%.

Concretamente en Europa, un 12,5% de los niños y adolescentes tienen algún trastorno mental, siendo un 4% de los adolescentes entre 12 y 17 años y un 9% de los de 18 años, los que padecen depresión (4).

Buscando la epidemiología presente en España, hay estudios de prevalencia que sitúan la depresión entre un 4 y un 14% de la población adolescente, si bien, también existen diferentes organismos, como la sede Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, que afirman que no hay datos poblacionales significativos sobre la salud mental entre los jóvenes españoles, aunque, de la misma manera se afirma, que los datos de frecuentación hospitalaria parecen indicar que la salud mental de los jóvenes españoles sigue la tendencia europea de aumento. Lo que nos indican estos datos y así coinciden los autores, es que, aunque hay estudios de prevalencia en España, estos no son suficientes y la depresión en niños y adolescentes no está lo suficientemente estudiada, tendiendo siempre a la comparativa con los homólogos europeos (5,6).

3.3 SINTOMATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES.

La adolescencia, como refieren Guillen et al. (2), es un periodo que de por sí, tiende a la depresión, por lo que cobra vital importancia poder diferenciar entre la etapa normal del estado de ánimo depresivo y la depresión como patología.

La sintomatología de la depresión adolescente es muy variada, aunque esta variabilidad irá en disminución conforme se acerque la edad adulta, donde los síntomas tienden a homogeneizarse.

Como manifestaciones clínicas características de la depresión en la etapa adolescente encontramos (2, 7):

- Estado de ánimo disfórico y deprimido.
- Aumento de las reacciones de ira.
- Anhedonia
- Llanto sin motivo aparente.
- Dificultad para aceptar los cambios propios de la etapa.
- Cambios en la actitud frente al esfuerzo y responsabilidad.
- Aumento de la baja autoestima
- Consumo de sustancias.
- Hábitos de alimentación alterados.
- Sueño alterado.
- Alteración del comportamiento sexual, que puede ir desde el nulo interés a la promiscuidad, como defensa del sentimiento de vacío y soledad.
- Posibilidad de manifestación de ideas suicidas o síntomas psicóticos.

Cova et al. (8) realizaron un estudio sobre la aparición de sintomatología depresiva en adolescentes, concretamente, expusieron una serie de ítems, en la que los adolescentes reflejaban con cuales se sentían más identificados; de esta manera, se intentaba descubrir qué sintomatología podría ser más predictora del trastorno depresivo, es decir, qué síntomas depresivos aparecían con más frecuencia en los adolescentes.

En el estudio, encontraron que aquellos ítems que más puntuación obtuvieron fueron:

- Cambios en el patrón de sueño.
- Dificultad de concentración.
- Autocrítica

- Cambios en el apetito.

Por el contrario, aquellos ítems que obtuvieron menor puntuación fueron:

- Pérdida de interés por el sexo.
- Pensamientos o ideas suicidas.
- Sentimiento de fracaso.

Estudios como este, servirían para orientar a padres y profesores, o incluso a los propios adolescentes, de aquella sintomatología que podría ser más característica o más predictiva del trastorno depresivo, sin desatender el resto de sintomatología; convendría saber cuáles son aquellos síntomas que más prevalencia tienen y que por tanto podrían estar advirtiendo de un posible trastorno depresivo en el adolescente.

Para hacer el diagnóstico, los síntomas deben estar presentes al menos durante dos semanas y acompañarse de deterioro en el funcionamiento psicosocial en dos áreas como; la escuela, los amigos o el hogar (7).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que hay sintomatología que, sin alcanzar un nivel clínico de diagnóstico, tiene un impacto importante en la vida del adolescente, a estos síntomas se les denomina "síntomas depresivos subclínicos"; esta sintomatología, serían todas aquellas expresiones que quedan fuera de la descripción de los síntomas característicos, pero que generan malestar o que afectan a diferentes áreas del adolescente, sin que puedan describirse en listado, por la variedad sin fin que supondrían (6).

Estudios sobre estos síntomas depresivos subclínicos, encuentran que entre el 20% y el 50% de los adolescentes padecerán algunos de estos síntomas, los cuales, como es lógico, se asocian con un mayor riesgo de posterior desarrollo de trastorno depresivo. Por lo tanto, se pueden considerar estos síntomas subclínicos de depresión como factor de riesgo y predictor; al igual que se debe tener en cuenta, que estos síntomas, sin que quizás lleguen a desarrollar un trastorno depresivo como tal, alteran la existencia actual del adolescente (6).

Tener en cuenta esta sintomatología subclínica, ayuda a ampliar la visión sobre la depresión adolescente y poder identificar todo aquello que puede alterar la existencia del adolescente.

Una vez más, resalta la importancia de la concienciación en la detección de aquellos factores de riesgo y la intervención precoz en su prevención, como herramientas fundamentales al hablar del trastorno depresivo en adolescentes.

3.4 PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE.

La adolescencia es una etapa de la vida marcada por los cambios, tanto físicos como mentales. Todos estos cambios determinarán a su vez cambios en el entorno social y en las relaciones de los adolescentes, generándose de todo esto una serie de experiencias vitales que influenciarán en la salud mental del adolescente.

Algunas de estas experiencias serán positivas, pero otras tantas, pueden poner en riesgo el equilibrio físico, mental y social de las personas (4).

Por lo tanto, es interesante poder estudiar y trabajar aquellas situaciones, algunas inherentes a la persona y otras contextuales, que pueden suponer factores de riesgo y que pueden interferir en la salud mental de los adolescentes.

Los factores de riesgo que podrían actuar como predictores del trastorno depresivo, según diferentes autores, serían:

3.4.1 EDAD

Diversos estudios afirman que los trastornos en salud mental se incrementan a la vez que lo hace la edad, por lo tanto, una detección precoz del problema podría suponer una prevención del avance en edades adultas y aumentar por tanto la calidad de vida (4, 6, 9).

Además, si los casos de depresión aumentan con la edad, una prevención temprana que lleve a la resolución de la situación supondría un menor número de casos en el futuro.

Según Fonseca et al. (6), la prevalencia de depresión es del 0,5% en edad preescolar, ascendiendo al 2% en la edad escolar y llegando en la adolescencia al 5%. Reflejando la importancia de una intervención precoz para evitar la continuidad con la edad. Estas tasas de prevalencia, sin embargo, serían aquellas donde se diagnostica clínicamente el problema, quedando bajo esa superficie casos que no se diagnostican por diversas causas; como podría ser que el menor no pidiese ayuda, o que sus mayores no sean conscientes del problema.

3.4.2 SEXO

En cuanto al sexo, también hay estudios que afirman que, durante la adolescencia, son las mujeres las que presentan con más frecuencia trastornos depresivos. Algunos de estos estudios, han relacionado este dato con los cambios hormonales que padecen las adolescentes en esta etapa como posible factor de influencia, sin embargo, no hay datos significativos en torno a esta cuestión. No obstante, el sexo se determina como factor de riesgo por la diferencia en prevalencia del trastorno depresivo, sobre todo entre los 15 y los 18 años, cuando la diferencia entre sexos se acentúa (4, 6, 9, 10, 11).

En el estudio llevado a cabo por Fonseca et al. (6), los síntomas depresivos se expresan con la misma frecuencia entre hombres y mujeres hasta los 12 años, edad a partir de la cual la ratio de síntomas depresivos es de 2:1 con mayor incidencia en mujeres.

3.4.3 INMIGRACIÓN

La inmigración también supone un factor de riesgo sociodemográfico. Aparecen los trastornos depresivos con mayor frecuencia en aquellos adolescentes inmigrantes de primera generación, que en los adolescentes nativos. Esto podría explicarse desde la situación de vulnerabilidad en la que podrían encontrarse estos adolescentes al llegar a nuestro país (4).

En España, la inmigración proveniente de países de la Unión Europea se ha visto incrementada en las últimas décadas y esto, ha hecho que los centros de enseñanza hayan aumentado también su población inmigrante; esta nueva población, con su propia problemática situacional, ha hecho que los profesionales de la educación y la salud se interesen por ellos, y así, se ha puesto de manifiesto que estos jóvenes presentan un aumento de frecuentación frente a la población autóctona de los servicios de salud y, que su principal consulta, tiene que ver con el trastorno depresivo, cómo afrontar el duelo que supone la adaptación a nuestro país, la nueva situación familiar así como las expectativas de futuro (12).

Por tanto, dado que la inmigración en España es un tema que no podemos ignorar, como parte de nuestra actual idiosincrasia; tener en cuenta este fenómeno como factor de riesgo en la salud mental de los adolescentes se hace inevitable.

3.4.4 NIVEL SOCIOECONÓMICO

Los adolescentes provenientes de entornos socioeconómicos desfavorables tienen mayor probabilidad de presentar mala salud mental, incluso las tasas de suicidio son mayores en este colectivo (4).

Se ha relacionado el trastorno depresivo con el nivel socioeconómico también desde el punto de vista del rendimiento escolar, presentándose los síntomas depresivos con más frecuencia en estudiantes de escuelas públicas con escasos recursos, que, en aquellos estudiantes de escuelas privadas donde los recursos eran mayores (11).

Esto se puede entender desde el punto de vista de la atención recibida desde dos ámbitos: el entorno familiar y el centro educativo.

En España, los centros educativos privados seleccionan a sus alumnos, lo cual produce una cierta homogeneización del alumnado en cuanto a origen o situación socioeconómica, esto, supone un problema añadido a los centros públicos, los cuales hacen frente a una multiculturalidad que no reciben los centros privados, y además, cuentan con menos recursos para ello (profesionales, materiales, formativos, etc.). Por su parte, los centros privados además de encontrarse con menores prevalencias, sus recursos permiten que sus niveles de prevalencia estén mejor atendidos por equipos profesionales multidisciplinares y mayores recursos económicos. Todo esto genera una diferencia de posibilidades que desde la enfermería comunitaria resultaría interesante trabajar, como recurso público para igualar las condiciones.

En cuanto al nivel socioeconómico de las familias, es evidente que aquellos padres con menos recursos disponen de menos oportunidades para ayudar a sus hijos (falta de tiempo, de recursos materiales, falta de posibilidad de ayuda profesional privada...), el papel de la enfermería comunitaria en este sentido sería, una vez más, igualar esas oportunidades de atención.

3.4.5 DINÁMICA FAMILIAR

Si se entiende que, para estudiar la depresión en los adolescentes, se debe hacer de manera integral, se hace inevitable estudiar a la familia como factor, o bien de riesgo o bien potenciador, al constituir un contexto con el que el adolescente está en continua relación. La dinámica familiar que se establezca entre el adolescente y sus padres podrá marcar el desarrollo mental del adolescente en cualquier sentido.

Diversos investigadores mencionan la importancia que tiene el ambiente familiar para el desarrollo del adolescente en general y del trastorno depresivo en particular, además, existe evidencia empírica de que los adolescentes que crecen en hogares más democráticos son más competentes socialmente y muestran menos problemas internalizados y externalizados que quienes se desarrollan en ambientes autoritarios (13).

En 1996, Barber distinguió entre dos conceptos; control conductual y control psicológico; con el primero de ellos, se refiere a dinámicas familiares donde hay unas estrategias de supervisión claras y abiertas, mientras que el control psicológico, hace referencia a las estrategias intrusivas que invaden la autonomía del adolescente. Tras esto, los resultados de varios estudios demostraron que el control psicológico parental se relaciona con la sintomatología depresiva (13).

Los factores familiares que pueden estar relacionados con el trastorno depresivo, según Andrade-Palos et al. (13) serían: factores genéticos, psicopatología parental, estilos de crianza y prácticas parentales.

Para Galicia- Moyeda et al. (11), los aspectos identificados como factores de riesgo dentro de la dinámica familiar serían: problemas de comunicación, percepción de los adolescentes de

conflictividad, hostilidad y rechazo, un escaso o excesivo control conductual y una baja experimentación de afecto y cercanía.

Los factores que influenciarían de manera positiva serían: una comunicación abierta y fluida, expresar las emociones positivas, existencia de apoyo en el hogar, así como una organización clara con respecto a las normas (11).

Para demostrar esto, Galicia-Moyeda et al. (11) llevaron a cabo un estudio en el que investigaban la dinámica familiar de dos grupos de adolescentes; uno con depresión severa y otro sin patología alguna.

Los resultados mostraron entre otros datos significativos, que, en los test aplicados a aquellos con patología depresiva, se obtenían altos valores en conflicto, mientras que escalas como buen clima social apenas fueron valoradas. Por el contrario, aquel grupo sin patología, al evaluar su dinámica familiar, obtuvo una puntuación alta en ítems como la cohesión.

La percepción por parte del adolescente de apoyo y aceptación de sus padres, así como reforzar todos aquellos factores descritos como positivos en la dinámica familiar, reduciría los niveles de depresión; por tanto, trabajar en la dinámica familiar como posible factor de riesgo, pero a su vez catalizador, dado el carácter familiar de nuestra cultura, es tan importante como trabajar con el adolescente en sí.

3.4.6 AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL

Factores como la ansiedad, el sentido de incapacidad y la baja autoestima, podrían estar relacionados con la aparición del trastorno depresivo. Tener baja autoestima puede conllevar problemas personales que afecten a la esfera familiar, escolar y social del adolescente. Así, Bernaras et al. (9) afirman que existe relación directa entre baja autoestima y depresión.

El adolescente con baja autoestima tiende a tener un estado de ánimo depresivo que interfiere en sus relaciones sociales, esto conlleva la disminución de actividades que reportan placer al adolescente, reforzando el estado depresivo que a su vez, repercutirá en todas las esferas del adolescente: cognitivo, emocional, rendimiento académico, comportamiento... estableciéndose un círculo vicioso en el que, la afectación refuerza el ánimo depresivo y este a su vez, aumenta el malestar.

Trabajar la autoestima de los adolescentes, es una manera de prevenir el trastorno depresivo además de todos aquellos factores de riesgo que pueden acompañarlo.

3.4.7 HÁBITOS TÓXICOS

Tabaquismo: el consumo de tabaco entre adolescentes se relaciona directamente con una peor salud mental en el adolescente.

Se relaciona también con el trastorno depresivo en forma de retroalimentación; fumar provoca mayor estado depresivo y un mayor estado depresivo aumenta el consumo de tabaco.

Alcohol: el consumo de alcohol, no se relaciona tan directamente con la salud mental, si bien por ello no deja de ser un factor de riesgo a tener en cuenta.

El consumo de alcohol normalmente se asocia al consumo de otras sustancias por un lado, y por otro, a problemas de conducta, y todo ello puede precipitar en la aparición del trastorno depresivo.

Drogas: numerosos estudios afirman que aquellos adolescentes consumidores de drogas ilegales presentan mayores síntomas de ansiedad, depresión y trastornos del humor (4).

3.4.8 ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

Aunque son aspectos a los que no se le da importancia como factores de riesgo, una alimentación pobre en frutas y verduras, alta en grasas y azúcares y combinada con poca actividad física, puede interferir en la salud mental de los adolescentes.

Por el contrario, hábitos alimenticios saludables y realizar actividad física de manera regular, favorecen un buen desarrollo mental, físico y social en los adolescentes.

Como conclusión a los factores de riesgo, hay que tener en cuenta que estos no suelen aparecer por separado, sino que tienden a agruparse y los menores que no realizan actividad física, que fuman, beben y que consumen drogas ilegales, tendrán por tanto mayor probabilidad de sufrir un trastorno mental que aquellos que en conjunto, tengan otra serie de hábitos más saludables.

Según Padrón Monedero (4) basándose en diversos estudios, encuentra que un tercio de los adolescentes entre 14 y 17 años y la mitad de aquellos entre 18 y 22 años, tienen dos o más hábitos de riesgo.

En cuanto a aquellos adolescentes que ya presentan trastorno depresivo, la autora confirma que esto aumenta el riesgo de pertenecer a un clúster con mayor número de hábitos poco saludables.

Por lo tanto, al hablar de los factores de riesgo, es necesario verlos en conjunto, valorar todos aquellos comportamientos de riesgo presentes en el adolescente y no tratarlos por separado, sino aportar un carácter multidimensional que tenga en cuenta el entorno biopsicosocial del adolescente en el camino a la prevención.

3.5 DIAGNÓSTICO EN CONSULTA Y PRINCIPALES TRATAMIENTOS.

Actualmente, en la mayoría de ocasiones la depresión en adolescentes es diagnosticada en consulta médica, aunque para ello, primero se requiere que alguien del entorno más cercano al joven sea capaz de identificar determinadas conductas de riesgo o tenga sospechas. En algunas ocasiones, será el propio malestar del adolescente el que le lleve a pedir ayuda.

Sin embargo, la depresión en niños y adolescentes, aunque ya es reconocida como un trastorno con entidad propia, sigue siendo muy desconocida por la sociedad; a menudo los síntomas depresivos de los adolescentes son atribuidos a los propios cambios hormonales de la etapa, confundiendo la tristeza o el enfado con la depresión. Todo esto hace que el problema en el adolescente continúe creciendo y que finalmente, sea tan evidente que se decida ir a consulta. Pero para entonces el trastorno estará ya instaurado.

Por todo lo anterior, es en estos primeros cambios y síntomas que se dan en el ambiente de los adolescentes, donde cobran importancia todos aquellos programas o proyectos comunitarios (donde entraría la enfermería comunitaria), destinados a la prevención y la concienciación tanto de los adultos como de los propios adolescentes en la depresión y su sintomatología. La importancia que cobraría lo expuesto, es que está demostrado que las depresiones siguen un curso crónico y de esta manera, su aparición en la infancia determinará el paso a la adolescencia y a la edad adulta, y además, conllevará consecuencias secundarias, como pueden ser el abuso de sustancias o los déficits sociales y académicos. Si además se continúa sin detectarla y tratarla, dará como resultado a un adulto con depresión y con varias áreas de su vida ya afectadas. (3)

El profesional sanitario puede establecer diagnóstico de depresión teniendo en cuenta las clasificaciones establecidas, y para ello puede servirse de diferentes materiales que ayudan a la detección, como cuestionarios o escalas.

Para la detección y diagnóstico de la depresión en adolescentes, los principales recursos utilizados en consulta son las entrevistas estructuradas y los instrumentos de screening (4).

Las entrevistas estructuradas presentan la ventaja de que pueden ser aplicadas por diferentes profesionales y en diversos ámbitos, siendo de carácter más flexible y adaptativo.

Los instrumentos de screening ofrecen la ventaja de medir de manera fiable lo que pretenden medir, sin embargo, en el ámbito de la salud mental, presentan dificultades en el mismo sentido, ya que aunque miden lo que pretenden medir, no todos valoran los mismos aspectos de la salud mental.

Si nos centramos en aquellos que miden exclusivamente la salud mental en adolescentes, los más utilizados en nuestro país serían (4):

- General Health Questionnaire (GHQ): cuestionario autoadministrado, no establece diagnóstico sino que identifica cambios en el estado mental actual de la persona, con respecto a la situación basal. Identifica tanto el funcionamiento normal y saludable como síntomas de malestar, utilizando para ello enunciados positivos y negativos. Este cuestionario, es valorado como uno de los mejores de su clase y ha sido utilizado por organismos como la OMS y en encuestas sobre salud europea y española.
- Symptom Checklist-90 (SCL-90): cuestionario autoadministrado que mide la salud mental general, sus ítems puntúan síntomas de diversos trastornos como; trastorno obsesivo compulsivo, depresión o ansiedad entre otros.
- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): cuestionario que puede ser tanto autoadministrado, como realizado por padres y profesores, se centra en problemas emocionales y conductuales.
- Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) para edad escolar: este cuestionario debe ser administrado por personal cualificado e incluye escalas de valoración de diversas fuentes, como son los padres, los profesores y los propios jóvenes.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI): cuestionario autoadministrado, mide la severidad de una depresión, ya que está relacionado con síntomas depresivos.

En cuanto al tratamiento que hoy en día recibe la depresión en adolescentes, este es en su mayor parte farmacológico, ya que la depresión es diagnosticada en consulta y por tanto en estado avanzado, quedando excluido en la mayoría de los casos el tratamiento preventivo comunitario. Incluso también suele quedar excluido un tratamiento que sin ser preventivo, fuese además de farmacológico, comunitario, teniendo en cuenta los diferentes contextos en los que se mueven los adolescentes y que por tanto, influyen su situación vital, como serían la psicoterapia, la terapia ocupacional, actividades socio comunitarias, cuidados de enfermería comunitaria, etc.

Determinados ensayos clínicos según Ulloa et al. (7), han determinado que los antidepresivos en niños y adolescentes muestran efectos diferentes al tratamiento en adultos. Estos estudios operaron evaluando el efecto de los principales antidepresivos utilizados en adultos, como son los tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), revelando poca eficacia de la medicación como único tratamiento, al ser comparado el efecto terapéutico obtenido de la medicación antidepresiva, con el efecto del grupo al que se le administraba simplemente placebo y no haber obtenido diferencias significativas de mejora.

Por lo tanto, el tratamiento farmacológico, debe considerarse como parte del tratamiento del problema, pero no como única respuesta. Además, como se ha expuesto anteriormente, hay que tener en cuenta que el trastorno depresivo suele ir acompañado de otros problemas o déficits, por lo que tratarla con fármacos, no será la única respuesta necesaria frente al problema.

4. LA ENFERMERÍA COMUNITARIA Y LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE.

4.1 QUÉ ES LA ENFERMERÍA COMUNITARIA.

La enfermería comunitaria nace ante la transformación del concepto de atención sanitaria. Con esta figura, se pretende pasar de la atención basada en los cuidados asistenciales, a trabajar aquellos aspectos que fomentan la concienciación, la autonomía en la gestión de la propia salud y la prevención de enfermedades a través del trabajo comunitario, en poblaciones tanto de riesgo como a nivel ciudadano en general.

Una búsqueda en el marco legal permite situar a la enfermería comunitaria:

- Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), dicha ley especifica en su artículo 7: “Enfermeros: corresponde a los diplomados universitarios de Enfermería, la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” (14).
- Real Decreto 450/2005, de 22 de Abril, abarca las nuevas Especialidades de Enfermería, dentro de las cuales aparece la Enfermería Familiar y Comunitaria, entre cuyas competencias esta: Identificar necesidades de salud de la población y proporcionar la correcta respuesta, capacidad para promover la salud de los niños y niñas en la familia y en la comunidad e implementar programas para fomentar hábitos y conductas saludables en la escuela y en la comunidad (15).

La enfermería sale de los hospitales y los centros de salud para ponerse al servicio de la comunidad y trabajar la Atención Comunitaria, que es “aquella en la que el profesional sanitario, realiza o participa en el entorno de la comunidad mediante actividades preventivas y de promoción de la salud” (15).

Promoviendo practicas saludables, se trabaja la prevención de la enfermedad desde el nivel más básico, favoreciendo que la frecuentación de la población a los servicios de salud se retrase al máximo posible.

4.2 PAPEL DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LA PREVENCIÓN.

La Ley 14/1986 General de Sanidad, redacta la responsabilidad de las Administraciones Sanitarias en relación con la educación para la salud, la promoción y la prevención de la enfermedad.

Los principales artículos donde queda reflejada esta responsabilidad pertenecen al Título I Capítulo I, principios generales, y son (16):

- Artículo 6: Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas: A la promoción de la salud. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.

- Artículo 18: Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.

La atención primaria integral de la salud, incluyendo además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.

Esta ley además, guarda un artículo especial en lo que a Salud Mental se refiere, en el Título I Capítulo II, de las actuaciones sanitarias del Sistema de Salud, estableciendo la necesidad de la prevención y la actuación desde el ámbito comunitario:

- Artículo 20: La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

En el Título III, capítulo III de las Áreas de Salud, quedan delimitadas las actividades a desarrollar en materia de promoción y prevención comunitaria:

- Artículo 56: En el ámbito de la atención primaria de salud mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose mediante programas funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.
- Artículo 63: Los Centros de Salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica, a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función.

Otro apartado dentro de la normativa de nuestro Sistema de Salud, en el que se encuentran referencias a la prevención, es en la cartera de Servicios comunes al Sistema Nacional de Salud, dentro del contenido de servicios, se encuentran varios puntos que hacen referencia a la prevención y promoción de salud mediante información o trabajo con la comunidad; en este marco, podría entenderse la actuación de la enfermería comunitaria dentro de la prevención de la depresión en adolescentes y en relación con todos aquellos factores con los que estaría relacionado este trastorno.

Los principales puntos de la cartera de Servicios comunes al Sistema Nacional de Salud donde la enfermería comunitaria tiene cabida son (17):

- Prestaciones de Salud Pública:
 - Información y vigilancia epidemiológica: identificación de determinantes, problemas y necesidades de salud; identificación y evaluación de riesgos para la salud.
 - Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias: Programas intersectoriales y transversales de promoción y educación para la salud orientados a la mejora de los estilos de vida; programas transversales de protección de riesgos para la salud, de prevención de enfermedades, deficiencias y lesiones, y de educación y promoción de la salud, dirigidos a las diferentes etapas de la vida; programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a grupos de población con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud.
- Cartera de servicios comunes de Atención Primaria:
 - Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria:

Actividades preventivas: actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria).

Atención familiar: Incluye la identificación de la estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar, los acontecimientos vitales estresantes, los sistemas de interacción en la familia y la detección de la disfunción familiar.

Atención comunitaria: Conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos.

Por todo lo expuesto, la enfermería comunitaria, es una figura profesional ideal para conocer las demandas de una comunidad. Su rol principal es ayudar a la protección de la comunidad y preservar la salud de sus miembros, en cooperación con otras disciplinas y ejerciendo sus cuidados en diferentes ámbitos comunitarios. También comprende la identificación de factores de riesgo para la comunidad y el desarrollo de políticas e intervenciones para asegurar el acceso a los servicios a todos los grupos de población (15).

Aplicando todo este concepto a la depresión en adolescentes, se entiende la enfermería comunitaria como figura clave, ya que en la depresión, a todos los niveles, pero en los adolescentes en particular, temas como la prevención, identificar conductas de riesgo o fomentar la capacidad de las personas de hacer frente a sus problemas son claves.

Por lo tanto, la presencia de la enfermería comunitaria en el entorno más inmediato del adolescente podría contribuir positivamente a su desarrollo mental, físico y social.

4.3 ENFERMERÍA COMUNITARIA Y TRASTORNO DEPRESIVO EN ADOLESCENTES.

4.3.1 PREVENCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.

La prevención de la depresión debería ser una estrategia sanitaria prioritaria, teniendo en cuenta sobre todo las siguientes razones: la magnitud epidemiológica, la tendencia a la cronicidad, el alto índice de comorbilidad que la caracteriza y el coste personal, social y económico que implica (18).

La propuesta de este trabajo a la hora de trabajar en los factores de riesgo, es que la prevención de la depresión en adolescentes desde la enfermería comunitaria se desarrolle mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este proceso permite que desde la prevención, se traten todos aquellos factores de riesgo que pueden favorecer la aparición del trastorno depresivo en adolescentes.

Como herramienta de trabajo, el PAE permite al cuerpo de enfermería aplicar el método científico a la práctica asistencial, pasar de unos cuidados únicos de cada profesional, a una herramienta que permite unificar criterios de actuación, identificar las necesidades del paciente, la familia y la comunidad y establecer un plan de cuidados de una manera estructurada, homogénea, lógica y sistemática, aportando un marco conceptual propio de la enfermería (19).

Las fases del PAE son:

- Valoración: eligiendo para ello los diferentes modelos de Enfermería con los que cuenta la profesión, como pueden ser el Modelo de Valoración de Necesidades de Virginia Henderson o el basado en Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

- Diagnósticos enfermeros: basados en la taxonomía NANDA
- Criterios de resultados: NOC
- Intervenciones: NIC
- Evaluación

Al utilizar el PAE como herramienta de trabajo en la prevención de la depresión, este, nos permite valorar al individuo de manera integral, atendiendo a todas sus dimensiones. Igualmente, el PAE, permite valorar el contexto del adolescente y establecer planes de cuidados orientados a la familia o al centro educativo y no trabajar solo de manera personal con el adolescente, atendiendo así al carácter multifactorial de la depresión, desde la valoración holística que permite este proceso.

El objetivo de la intervención desde el Proceso de Atención de Enfermería, en este caso, serían aquellos adolescentes que sin presentar sintomatología específica depresiva, sí se encuentran en situación de riesgo, por manifestarse la presencia de factores de riesgo en su entorno más cercano o en ellos mismos.

No se debe pasar por alto que, los factores de riesgo tienden a asociarse en una misma persona, de manera que la presencia de uno aumenta el riesgo de padecer algunos otros. Además, los factores de riesgo interaccionan, y el efecto de la exposición simultánea a varios de ellos es mayor de lo esperado por la simple suma de sus efectos; por otro lado, abordar cualquiera de los factores de riesgo potenciará la reducción de los demás factores (20).

Por lo tanto, aunque se estudien por separado, es importante tener en cuenta la acción conjunta en la intervención a realizar, realizando dicha intervención de una manera integral y no tratando un tema como ajeno a otro.

A continuación, se hace una propuesta de como desde el PAE se puede trabajar en la prevención de la depresión adolescente desde la enfermería comunitaria, atendiendo a los distintos factores de riesgo identificados en el punto 2; para ello, se atiende a cada factor de riesgo y se proponen diagnósticos desde los que establecer unos objetivos e intervenciones.

Debido a la interrelación entre los factores de riesgo, algunos de los diagnósticos son válidos para más de un factor de riesgo; por otra parte, algunos de los factores de riesgo, como la edad o el sexo, se pueden trabajar de manera transversal junto a factores como la autoestima o la imagen corporal, por formar parte inherente del adolescente y por tanto estar presente de manera continua.

A continuación, pasan a exponerse las intervenciones propuestas para cada factor de riesgo.

4.3.1.1 ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA.

Una alimentación saludable afecta positivamente a todos los sistemas corporales, mientras que, por el contrario, una alimentación desequilibrada constituye un factor de riesgo para la salud, haciendo hincapié en la importancia de la alimentación saludable como parte de una buena salud mental (20).

Malos hábitos alimenticios pueden ser causa, además, de aparición de problemas como la obesidad entre los adolescentes, problema preocupante en la realidad mundial y de España concretamente. La obesidad fomenta el estado depresivo de los jóvenes, ya que a raíz de ella, suceden problemas de autoestima e imagen corporal, falta de actividad, sedentarismo, déficits relacionales... y todos estos suponen factores de riesgo para la aparición del trastorno depresivo en adolescentes.

En cuanto a la actividad física, los estudios desprenden que esta conlleva beneficios en todas las edades y sin diferencia de sexo, principalmente, ayuda a prevenir enfermedades crónicas como la depresión y mejora el curso cuando ya se manifiesta (20).

Sin embargo, según datos de la Encuesta Nacional de Salud recogidos en 2012, la población adolescente entre 15 y 24 años no realiza ejercicio de manera habitual y un 50% de los jóvenes, reconoce pasar el tiempo libre de manera sedentaria (Anexo 1).

Por lo tanto, es labor de la enfermería comunitaria, realizar difusión de información y actividades de sensibilización sobre la alimentación y la actividad física de los jóvenes. Sería interesante también, enfocar esta difusión al ámbito familiar, ya que si en el hogar, el adolescente no tiene autonomía para decidir sobre su dieta, formar en este sentido también a los padres, resultará de gran utilidad, además, es interesante extender esta intervención a la adolescencia en general y no solo a aquellos que presentan malos hábitos, para que además de prevenir, sirva para reforzar las conductas saludables que ya se pueden estar dando.

La propuesta de intervención desde el PAE en el fomento de la alimentación saludable y la actividad física es:

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de sobrepeso r/c: conducta sedentaria, IMC próximo al percentil 85.

NOC: Conducta de adhesión: dieta saludable. Indicadores: equilibra la ingesta y las necesidades calóricas, utiliza las pautas nutricionales recomendadas para planificar las comidas.

Conocimiento: actividad prescrita. Indicadores: beneficios de la actividad prescrita, estrategias para incorporar la actividad física en la rutina de vida.

Control de riesgo familiar: obesidad. Indicadores: reconoce consecuencias de la obesidad, los miembros se comprometen con el plan de alimentación saludable.

NIC: Educación para la salud: Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables, centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo, enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos.

Enseñanza ejercicio prescrito: Informar al adolescente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito. Enseñar al adolescente a realizar el ejercicio prescrito.

Fomentar la actividad física y la buena alimentación desde estas intervenciones, puede realizarse a través de la información y difusión de los efectos positivos, pero es importante también trabajar la participación.

Realizar jornadas deportivas, actividades físicas como senderismo comunitario o desde el centro educativo, pueden ser actividades que resulten interesantes para los jóvenes, además de ofrecer la oportunidad de estrechar lazos entre los adolescentes y su comunidad. Fomentar la participación de los padres en estas actividades permite además mejorar la dinámica familiar, punto clave en el trastorno depresivo como ya se vio en los factores de riesgo.

Corregir los hábitos de alimentación y promocionar una alimentación saludable, también puede resultar positivo desde el ámbito comunitario, si, además de la información, se realizan jornadas gastronómicas, desayunos saludables o actividades donde los propios adolescentes puedan poner en práctica los conocimientos y realizar un menú saludable, haciéndolos partícipes de su propia alimentación. Si fomentamos que los adolescentes participen en su propia dieta, además de prevenir una mala alimentación, estaremos reforzando otros aspectos como su autonomía e independencia.

4.3.1.2 PREVENCIÓN DE HÁBITOS TÓXICOS

Se ha demostrado que las intervenciones en centros educativos destinadas a ampliar el conocimiento, así como a reforzar aspectos como la autoestima, habilidades sociales o resistencia a la presión grupal, han reducido el consumo de sustancias tóxicas (4).

Los principales hábitos tóxicos a los que se enfrenta y se ve expuesta la adolescencia, son el tabaco y el alcohol, esto es debido en parte, a que se constituyen como drogas legales en nuestro país y por otro lado, a la normalización de su uso por parte de la sociedad. Esto hace que la prevención en el consumo de estas dos sustancias sea de gran importancia, ya que el acceso a ellas es realmente fácil para los jóvenes y la presencia en su entorno, habitual.

Alcohol

En nuestro país, en 2011, el 13,4% de la población de 15 y más años, había consumido alcohol de manera intensiva al menos una vez en el último año, situándose la mayor prevalencia en el grupo de hombres de 15 a 34 años. Con relación a la edad de inicio, se sitúa alrededor de los 13,7 años (20).

Esto hace que la prevención en los adolescentes sea de gran importancia, por aparecer como parte de los máximos consumidores de alcohol y también por situarse el inicio del consumo del alcohol en el inicio de la adolescencia, marcándose la presencia de alcohol durante todo el desarrollo adolescente.

Además, como se vio en el apartado de factores de riesgo, el alcohol puede ser precipitante en la aparición del trastorno depresivo, al combinarse con otras sustancias y también por acarrear problemas de conducta que lleven al adolescente a tener otra serie de problemas.

Tabaco

Según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias de 2010, del grupo de estudiantes de 14 a 18 años, el 26,2% fumó cigarrillos diariamente en los últimos 30 días (20).

El tabaco, además de los efectos nocivos a nivel físico que ya se conocen, tiene una relación directa con una mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas y, concretamente, aumenta el riesgo de depresión.

Los datos muestran que, con el sistema legal en España, el consumo de tabaco disminuyó de manera importante, pero también muestran que se ha originado una estabilización del consumo, por lo que se indica la necesidad de que además de las leyes antitabaco, se integren otro tipo de medidas que ayuden a disminuir el consumo de tabaco (20).

Es aquí donde entra la importancia de la enfermería comunitaria, al resultar necesario combinar la acción legal con la prevención.

Asimismo, es importante para la enfermería comunitaria trabajar estos hábitos con los padres como población diana, ya que, al ser drogas legales, muchas veces las familias no son conscientes de la exposición de estas drogas a los menores y, los estudios demuestran, que los hijos de fumadores tienen más probabilidad de terminar fumando (4).

Proceso de Atención de Enfermería propuesto:

Diagnóstico de enfermería: Afrontamiento ineficaz, m/p abuso de sustancias, r/c crisis madurativa, confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación.

NOC: Conducta de abandono del consumo de drogas. Indicadores: expresa deseo de dejar de consumir drogas, expresa creencia en la capacidad de dejar de consumir drogas.

NIC: Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: Instruir a los adolescentes sobre los efectos de la sustancia consumida, instruir a los adolescentes sobre las técnicas de manejo del estrés

Ayuda en la modificación de sí mismo: Ayudar al adolescente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada, animar al adolescente a identificar refuerzos/recompensas adecuadas

En este factor de riesgo, aunque se hace más incidencia en el consumo de alcohol y tabaco, la intervención irá dirigida al consumo de drogas en general.

4.3.1.3 AUTOESTIMA E IMAGEN CORPORAL.

El bienestar emocional es un estado en el que la persona puede desarrollar sus habilidades, hacer frente a las situaciones cotidianas de estrés, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad (20).

En el adolescente, el bienestar emocional está relacionado con su nivel de autoestima, ya que es una edad donde reafirmarse y actuar con seguridad, es indispensable, debido a la presión social a la que deben hacer frente en ocasiones.

Trabajar con los jóvenes la autoestima no es solo trabajar desde un único punto de vista, una vez más, esta tiene que ver con varios aspectos de la vida y del contexto del adolescente, como son: factores físicos, sociales, culturales, ambientales, políticos, ideológicos o religiosos.

La valoración enfermera, es una herramienta que nos permite acceder a varias facetas relacionadas con el contexto del adolescente; por lo tanto, también se puede prevenir el desarrollo del trastorno depresivo mediante la valoración del adolescente y el refuerzo de aquellos puntos tanto débiles como fuertes que se encuentren.

Es importante reconocer los rasgos del pensamiento que nos predicen vulnerabilidad a sufrir estrés y aquellos otros que nos indican resiliencia. Algunos de los rasgos a valorar son (20):

- La autoestima
- El control.
- El afrontamiento de diferentes situaciones.
- El apoyo social.
- La fortaleza personal.

Si no se trabaja el aspecto emocional en los adolescentes, si no se realizan valoraciones generales, así como la identificación de aquellos jóvenes más vulnerables, quizás pueden estar sufriendo un estrés que, mantenido en el tiempo, genere un trastorno depresivo, además de otros problemas físicos que el estrés puede conllevar.

Cuando nos dirigimos a los adolescentes en general, con quien se trabaja la prevención, no hay tiempo real de valorar persona a persona, quedando esta relegada a aquellos jóvenes en los que se presencian signos de alarma. Sin embargo, es importante trabajar a nivel grupal todo aquello que pueda fortalecer a los adolescentes a nivel personal, y, algunas herramientas interesantes pueden ser:

- Como identificar y afrontar pensamientos negativos.
- Monitorizar y planificar actividades agradables
- Trabajar habilidades sociales y de comunicación
- Habilidades de resolución de problemas

- Fomentar las relaciones interpersonales y el apoyo en el grupo de iguales.

Desde el PAE, esto se puede abordar de la siguiente manera:

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal, alteración del rol social, transición del desarrollo.

NOC: Autoestima. Indicadores: comunicación abierta, equilibrio entre participar y escuchar, nivel de confianza, voluntad para enfrentarse a los demás.

Autonomía personal. Indicadores: en el proceso de toma de decisiones muestra independencia, toma decisiones libre de la presión de amigos, afirma las preferencias personales.

NIC: Potenciación de la autoestima: animar al adolescente a identificar sus puntos fuertes. Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.

Entrenamiento de la asertividad: ayudar a identificar los derechos personales, responsabilidades y normas en conflicto. Ayudar a clarificar las áreas problemáticas en relaciones interpersonales. Valorar los esfuerzos en la expresión de sentimientos e ideas.

Resulta interesante también, trabajar la sexualidad como parte de la autoestima y el bienestar emocional, ya que muchos adolescentes no se reconocen con identidad sexual propia, pueden estar manifestando problemas en sus vivencias sexuales o bien, tal y como se vio en el punto 3.3 sobre sintomatología de la depresión adolescente, una sexualidad demasiado activa o totalmente ausente, puede ser indicio de un posible desarrollo depresivo; todo esto hace que sea de interés intervenir reforzando la identidad por un lado y, asesorando sobre una sexualidad sana por otro.

Desde el PAE se puede abordar de la siguiente manera:

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de trastorno de la identidad personal r/c autoestima baja, crisis situacional, etapas de crecimiento o percepción de prejuicios.

NOC: Identidad. Indicadores: verbaliza confianza en si mismo, verbaliza afirmaciones de identidad personal.

NIC: Clarificación de valores: Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al adolescente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante. Ayudar al adolescente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia/allegados. Apoyar al adolescente en la comunicación de los propios valores a los demás.

Asesoramiento sexual: Determinar el nivel de conocimiento y comprensión del adolescente sobre la sexualidad en general. Animar al adolescente a manifestar verbalmente los miedos y hacer preguntas. Dar seguridad y permiso para experimentar con formas alternativas de expresión sexual. Dar seguridad y permiso para experimentar con formas alternativas de expresión sexual

Con esta intervención, estaremos reforzando la identidad sexual de los adolescentes y por tanto, su autoestima, por lo que se puede prevenir el trastorno depresivo, así como aquellas tasas mayores de depresión en mujeres definidas en el punto 3.4.2 que, entre otras cosas, pueden corresponder a una peor elaborada identidad sexual y sexualidad.

4.3.1.4 INMIGRACIÓN.

La prevención tiene que estar orientada a nuestra realidad; España es un país receptor de inmigrantes y, en los factores de riesgo, se estudió la vulnerabilidad que los adolescentes

inmigrantes sufren, por lo tanto, la estrategia preventiva debe estar orientada a las diferencias culturales y al cambio de contexto que estos adolescentes viven.

Trabajar el tema de la inmigración como factor de riesgo, es hacerlo con mucha delicadeza, debido a que trabajar con el grupo general, si incidimos en la población inmigrante, puede aumentar el estigma o prejuicio hacia ellos; por lo tanto, la acción comunitaria con ellos sería integrarlos en la vida cotidiana de su entorno, mientras que, por otro lado, habría que intervenir de manera personal con aquellos más vulnerables.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de síndrome de estrés del traslado r/c cambio de entorno significativo, imprevisibilidad de la experiencia.

NOC: Adaptación al traslado. Indicadores: participa en la toma de decisiones en el nuevo entorno. Expresa satisfacción con la rutina diaria. Expresa satisfacción con las relaciones sociales.

NIC: Disminución del estrés por traslado: animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado. Favorecer el uso de estrategias de afrontamiento. Valorar la necesidad del individuo de apoyo social.

Apoyo emocional: ayudar al adolescente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Animar al adolescente a que exprese los sentimientos.

4.4 ENFERMERÍA COMUNITARIA EN LOS PRINCIPALES CONTEXTOS DEL ADOLESCENTE.

La escuela y el hogar, pueden considerarse los dos contextos más importantes para el adolescente; son los lugares principales donde los jóvenes se desarrollan a todos los niveles, tanto físico, como mental y socialmente y aquellos donde el adolescente pasa la mayor parte de su tiempo, influenciando y determinando aspectos como su carácter o sus hábitos de vida (teniendo en cuenta la individualidad genética de cada persona, sin embargo, la individualidad, aunque importante, siempre estará influenciada por el ambiente y la cultura donde las personas se desarrollan).

Todo esto hace que estos dos ambientes sean de gran importancia para trabajar y abordar la prevención de riesgos.

Campos-Gutierrez propone que la enfermería comunitaria tiene una gran autonomía profesional para proporcionar cuidados en distintos ámbitos de la comunidad, como escuelas, casas o centros de salud, recalcando la importancia de lo ya expuesto (15).

Siempre tener en cuenta que el trastorno depresivo, como se ha expuesto anteriormente, no responde solo a un determinado problema en un contexto, si no que resulta de la suma de varios factores; por lo tanto, atenderlo desde un marco contextual es indispensable, así como, reconociendo el importante papel de la enfermería comunitaria, que esta se integre en un equipo multidisciplinar donde queden representadas todas aquellas personas que conforman el contexto del adolescente, como pueden ser; profesores/as, psicólogos/as escolares, enfermeras y enfermeros, médicos, padres, compañeros... en definitiva, cuanto más abordado este el problema desde distintos puntos de vista, más efectiva será la intervención.

Las estrategias de prevención, por tanto, deben partir primariamente de un conocimiento del contexto en el cual se generan los factores de riesgo o la conducta nociva; a fin de proporcionar a padres, profesores y líderes comunitarios educación acerca de estas conductas (21).

La prevención del trastorno depresivo debe centrarse con más interés, en aquellos dos contextos desde los cuales se pueden trabajar todos los demás factores de riesgo y en los que, además, la enfermería comunitaria se identifica como punto de unión, al estar en contacto con ambos: la familia y el centro educativo.

4.4.1 FAMILIA.

La familia es un contexto fundamental para el desarrollo del individuo, por ello, trabajar los roles familiares, es de gran importancia para la enfermería comunitaria en el trabajo de la prevención.

La valoración de las señales de peligro del sistema familiar y la intervención de enfermería en periodos de transición, como la adolescencia, pueden ser definitivas para ayudar al adolescente y su familia a mantener o recobrar la estabilidad y congruencia (21).

Involucrar a la familia en la prevención de la depresión en adolescentes, ofrece la oportunidad de realizar intervenciones con ella, donde poder compartir experiencias, dar herramientas para la resolución de conflictos, mejorar la comunicación, o sobre cómo hacer frente a problemas emocionales que pueden surgir en el entorno familiar del adolescente.

Los padres muchas veces no son conscientes del problema, no identifican la sintomatología depresiva o la identifican como una conducta normal a la etapa de la vida.

Stanley, plantea que muchos padres consideran que el comportamiento de sus hijos está dentro del espectro normal de comportamientos considerados normales para la edad, por ello, todos los profesionales que trabajan en salud mental deben ser conscientes de que es fundamental preparar a los miembros de la familia para anticiparse, reconocer y responder a la aparición y recurrencias de alteraciones en la salud mental. De forma especial, los profesionales de enfermería, que tienen la oportunidad de tener contacto con las personas y las familias (21).

La valoración de enfermería abordara el sistema personal (adolescente) y el sistema familiar como un todo, incluyendo en la valoración aspectos como las debilidades, los roles familiares, relaciones, fortalezas... La valoración incluirá la perspectiva de todos los miembros de la familia (21).

Con todo esto, se realiza un conocimiento integral de la familia, con el cual, a partir de la comunicación con esta, poder establecer intervenciones, objetivos y metas, favoreciendo así el compromiso.

Desde el PAE, se debe valorar la dinámica familiar y establecer los diagnósticos ajustados desde los que poder intervenir; al ser uno de los ámbitos más importantes en el desarrollo del adolescente, son varios los diagnósticos desde los que poder trabajar la prevención.

Una propuesta para trabajar la dinámica familiar como elemento de prevención es:

Diagnóstico de enfermería: Interrupción de los procesos familiares m/p alteración de la resolución de conflictos familiares r/c transición del desarrollo

NOC: Afrontamiento de los problemas de la familia. Indicadores: Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones, expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros, enfrenta los problemas familiares.

Clima social de la familia. Indicadores: Participa en actividades conjuntas, establece las normas de la familia, se apoyan unos a otros.

NIC: Estimulación de la integridad familiar: comprobar las relaciones familiares actuales, ayudar a la familia en la resolución de conflicto, asesorar a los miembros de la familia sobre habilidades de afrontamiento.

Terapia familiar: Identificar el modo de resolución de problemas de la familiar, ayudar a los miembros a priorizar y seleccionar el problema familiar que tratar en primer lugar, facilitar estrategias, ayudar a los familiares a comunicarse con más eficacia.

Diagnóstico de enfermería: Disposición para mejorar los procesos familiares m/p expresa deseo de mejorar el equilibrio entre autonomía y cohesión, expresa deseo de mejorar el mantenimiento de los límites entre los miembros de la familia.

NOC: Desempeño del rol de padres: adolescente. Indicadores: muestra una relación cariñosa, mantiene una comunicación abierta con el adolescente, promueve la independencia apropiada.

NIC: Educación parental: adolescentes: Enseñar a los progenitores las características fisiológicas, emocionales y cognitivas normales de los adolescentes, solicitar que los progenitores describan los métodos de disciplina utilizados, enseñar a los padres técnicas de comunicación esenciales que aumenten su capacidad de empatizar con sus hijos adolescentes y ayudar a sus hijos a solucionar problemas, establecer estrategias.

Grupo de apoyo: Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia, fomentar la expresión de ayudas mutuas, ayudar al grupo a progresar por las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión.

4.4.2 CENTROS EDUCATIVOS.

La educación y la salud están estrechamente ligadas, así, se sabe que todo aquello aprendido durante la infancia, determina directamente la actitud del adulto, por lo que trabajar en centros educativos de manera preventiva, es indispensable (15).

El centro educativo es además, un espacio donde los adolescentes pasan un número importante de horas al día, sin embargo, la falta de conocimiento de los docentes, así como del personal de los centros en general, puede hacer que la sintomatología o la presencia de factores de riesgo muchas veces quede sin ser diagnosticada a tiempo, por lo tanto, los síntomas tempranos que enmascaran la depresión se terminarán afianzando. Es por esto que trabajar desde el centro educativo y desde un equipo multidisciplinar donde se colabore estrechamente con los docentes como parte de la solución, es una tarea que la enfermería comunitaria no puede pasar por alto (9, 21).

Es importante trabajar desde los centros educativos la difusión de la información en la concienciación del profesorado y trabajar por supuesto, con el alumnado en general de manera preventiva, pero también es importante la detección de aquellos adolescentes que ya están teniendo problemas emocionales o comportamentales, como retraso escolar o déficits relacionales con sus compañeros, ya que esto retroalimentará el estado anímico depresivo.

Algunas de las actividades a desarrollar por la enfermería comunitaria en colaboración con la escuela, son, según Soledad-Campos (15):

- Sesiones de trabajo con los representantes de la comunidad escolar que permitan el intercambio de información para conocer las líneas y prioridades de educación para la salud en el Proyecto Educativo del Centro.
- Analizar de forma conjunta la situación de salud del centro educativo para buscar la respuesta más adecuada.
- Desarrollar las intervenciones que se consideren oportunas.
- Sesiones informativas al profesorado y/o padres y madres, útiles para dar a conocer el problema o un proyecto a desarrollar en el centro, valorando el grado de adaptación de los mismos.
- Intervenciones educativas: seminarios, talleres, elaboración de materiales...
- Proporcionar documentos de salud y facilitar su uso.

Interesante resaltar en la propuesta de esta autora, la formación al profesorado, la cual debería ser extensiva a todo el personal de los centros educativos, aquellos con función educativa pero también a aquellos que no intervienen de manera directa en la formación, como pueden ser los administradores, secretariado, conserjería... debido a la estrecha relación que se produce entre

todo el personal de un centro educativo y los adolescentes durante los años que estos asisten al centro, siendo a veces relaciones más estrechas y de confianza la que se establecen entre el alumno y un conserje por ejemplo.

Preparar en prevención, en signos de alarma o en los procedimientos a realizar y notificar ante casos de sospecha, es algo que se debe trabajar con cualquier persona del equipo que compone el centro educativo.

Desde este punto de vista, se encuentran intervenciones enfermeras que, tras evaluar la situación, nos ayudan a la formación del personal del centro. Esto puede hacerse desde la intervención:

NIC: Enseñanza: grupo.

Actividades:

- Establecer la necesidad de un programa
- Definir las áreas de contenido principales
- Preparar al personal docente
- Adaptar los métodos/materiales educativos a las necesidades/características de aprendizaje del grupo
- Revisar las estrategias de enseñanza/actividades de aprendizaje, si fuera necesario, para aumentar el aprendizaje.
- Evaluar el grado de consecución de objetivos del programa.

De esta manera, el cuerpo de enfermería comunitaria, dentro del equipo multidisciplinar, sería el encargado de formar al personal del centro educativo, en todo lo relacionado con la sintomatología depresiva en adolescentes o aquellos factores de riesgo ya estudiados en este trabajo. Mediante esta intervención, podemos tratar todos aquellos temas que, mediante la valoración propuesta por la autora, veamos la necesidad de cubrir.

Carvajal-Carrascal también propone actuaciones en ámbito educativo desde un marco multidisciplinar de trabajo, del que formarían parte según la autora: padres y madres, maestros, profesionales de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y médicos. Las acciones que propone esta autora son (21):

- Detección y valoración de necesidades
- Participación en iniciativas locales y colaboración interinstitucional e intersectorial.
- Conformación de equipos interdisciplinarios para conducir programas de salud pública.
- Desarrollo de políticas escolares.
- Desarrollo de proyectos basados en la comunidad.

De manera más específica, esta última autora, hace hincapié en que el rol de los profesionales de enfermería en su trabajo con adolescentes y el entorno escolar, tiene como objetivos:

- Facilitar una respuesta positiva en el desarrollo de los adolescentes.
- Promover salud y seguridad.
- Intervenir en los problemas más potenciales y reales de salud.
- Trabajar con otros miembros del equipo interdisciplinario para fortalecer al estudiante y su familia.

Intervenir en los centros educativos, aporta la ventaja de poder alcanzar a un gran número de adolescentes y desde esta ventaja, una intervención con carácter preventivo general sería:

NIC: Fomentar el desarrollo: adolescentes

Actividades:

- Animar al adolescente para que se implique activamente en las decisiones respecto a su propio cuidado de salud.
- Proporcionar asesoramiento y orientación sobre la salud al adolescente
- Favorecer la participación en ejercicios seguros con regularidad.
- Fomentar una dieta saludable.
- Favorecer una conducta sexual responsable
- Fomentar la evitación del alcohol, el tabaco y las drogas.
- Facilitar las habilidades de toma de decisiones
- Promover las habilidades comunicativas.
- Favorecer la participación en las actividades escolares, extraescolares y de la comunidad.
- Remitir a servicios de asesoramiento, según sea necesario

Desde esta intervención, vamos trabajando desde el centro educativo con la población adolescente en general todos los factores de riesgo ya descritos, con el fin de prevenir su aparición.

Con aquellos adolescentes ya identificados en riesgo mediante la valoración, trabajar la prevención de manera más concreta mediante las intervenciones planteadas desde el PAE en este trabajo.

5. CONCLUSIONES.

Como se aprecia, la figura de la enfermería comunitaria en la prevención de la depresión adolescente, queda más que justificada desde la intervención con el proceso de atención de enfermería (PAE).

Sin embargo, se evidencia que esta figura necesita empoderamiento, primero, porque la propia población a la que va destinada el trabajo, no reconoce la necesidad o utilidad de la figura; en segundo lugar, por la tendencia a la medicalización, a que el médico es el único garante de salud y todo se soluciona en la consulta y tercero, porque a menudo la enfermería comunitaria ha quedado simplificada a los pacientes crónicos, cuando la verdadera importancia de esta figura, pasa por su presencia en la comunidad, para fomentar desde todos los ámbitos posibles aquellas medidas que favorezcan la divulgación de información, la concienciación, el fomento de la autonomía personal, el empoderamiento de las personas y la responsabilidad en la gestión de sus cuidados, la prevención, la detección precoz y en definitiva, todas aquellas medidas que van destinadas a retrasar el uso del sistema sanitario ante un problema prevenible desde otros ámbitos y a mejorar la calidad de vida de las personas.

En este trabajo, se ha centrado la atención en la enfermería comunitaria, bajo el criterio de que es la figura adecuada en la prevención del trastorno depresivo en adolescentes, al estar en constante relación con el contexto que rodea su lugar de trabajo, sin embargo, prevenir la depresión en adolescentes, se podría realizar también desde otros ámbitos de la enfermería, como podría ser el de la propia salud mental. El cuerpo de enfermería que se dedica al ámbito

de la salud mental, cuenta también con las herramientas y la experiencia de su ámbito y por tanto la presencia de estos profesionales en la comunidad, también podría ser un arma valiosa en la prevención, ya que ellos, cuentan también con el bagaje profesional, que podría ser de ayuda en la detección de los factores de riesgo o en el trabajo de la prevención de los factores de riesgo.

Por lo tanto, la prevención de la depresión en adolescentes, es un trabajo realizable para el cuerpo de enfermería y el PAE demuestra constituir una buena herramienta para ello, de manera que el trabajo tenga orden, lógica y un cuerpo teórico del que ayudarse, capaz de homogeneizar la práctica enfermera y evaluar los resultados.

Desde el PAE, la conclusión que se adquiere es que, cada diagnóstico que se establece ofrece mil oportunidades de actividades, y, asimismo, se presentan muchos diagnósticos desde los que poder trabajar cada factor de riesgo. Por lo tanto, aunque los factores de riesgo, los diagnósticos e intervenciones, en este trabajo se definan por separado, combinarlos y trabajarlos de manera conjunta y transversal, es una buena forma de llegar a un amplio nivel de intervención en la prevención.

Tener siempre en cuenta el carácter multifactorial de la depresión en los adolescentes, los cambios de la propia etapa y las diversas formas de adaptarse a esos cambios, así como la diversidad de intervenciones que se pueden realizar desde todos los ámbitos que rodean al adolescente, hace que resalte la importancia del carácter multidimensional de la prevención y, por ende, trabajarlo de manera integrada, en un equipo multidisciplinar y no como la mera suma de intervenciones independientes.

El trabajo en equipo se hace imprescindible si se quieren obtener buenos resultados y la colaboración es fundamental. En este trabajo, también se propone a la enfermería comunitaria como pieza clave en la formación del profesorado, trabajadores del centro educativo y la propia familia, todo ello mediante acciones enmarcadas en el PAE.

Como reflexión final, la intervención en la prevención del trastorno depresivo en adolescentes debe ser completa, y esto pasa por trabajar en todos los contextos que rodean al adolescente.

Trabajar con actividades preventivas de carácter general, intentando llegar al mayor número posible de adolescentes, trabajar intervenciones más concretas con aquellos que se encuentran en riesgo, trabajar con las familias, con los centros educativos, con diferentes profesionales ...

En definitiva, promover una buena salud mental y prevenir el futuro desarrollo de la depresión, fomentar un desarrollo saludable y disminuir el número de adolescentes que requerirán de una mayor atención de no ser detectados a tiempo.

De este trabajo se concluye que la figura de enfermería comunitaria cuenta con las herramientas, la situación y la preparación para abordar el problema de la depresión en adolescentes desde la prevención.

6. AGRADECIMIENTOS

Como no agradecer en primer lugar a mis padres, mi principal apoyo desde que emprendí la aventura de volver a estudiar y básicamente, desde que nació. Nunca tendré suficiente para agradecerlos todo lo que hacéis por mí. Vuestro amor incondicional.

A Mikel, más que una pareja, un amigo eterno. Creíste en mi capacidad desde el primer día. Sin ti no hubiese sido posible. Siempre, gracias.

A la Universidad de Cantabria, a todo su personal. Por hacerme sentir una gaditana en casa, por ayudarme en todo y por haberme convertido en lo que casi ya soy. Hacéis de la enfermería un cuerpo profesional formado, sobre todo, con mucha humanidad. Ojalá siempre sea así.

Agradecer especialmente a aquellos profesores que me han inculcado su amor por la profesión y sus ganas de que la enfermería crezca. A ellos, sobre todo.

Mención especial a mi tutor, Juan Francisco Bejarano, por darme el apoyo y las herramientas necesarias para afrontar esta parte tan importante de mi camino. Por estar siempre para resolver mis dudas y orientarme con su profesionalidad, también por la cercanía y la confianza que depositó en mí desde el primer momento. Gracias.

A la vida, por dejarme vivirla. A mí, por intentarlo cada día.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Febrero 2017 [citado 14 dic 2017]. [1 pantalla] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- (2) Guillen-Guillen E, Gordillo-Montaña MJ, Ruiz-Fernández I, Gordillo-Gordillo MD, Gordillo-Solanes T. ¿Depresión o evolución?: Revisión histórica y fenomenológica del concepto aplicado a la infancia y adolescencia. *INFAD Revista de Psicología*. 2013 mar;1(2):499-506
- (3) Herrera-Murcia E, Núñez-Rojas AC, Tobón S, Arias-Henao D. Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*. 2009;5(12):59-70.
- (4) Padrón Monedero A. Factores de riesgo de malestar psicológico en población adolescente, valorado mediante el General Health Questionnaire (GHQ-12) [tesis doctoral en Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2012 [citada 22 ene 2018]. 165 p. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/12647>
- (5) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Análisis de la situación de la juventud; [citado 22 ene 2018]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm>
- (6) Fonseca-Pedredo E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Esp Psiquiatr*. [Internet] 2011 [citado 1 feb 2018]; 39(4):217-225. Disponible en: <http://www.p3-info.es/PDF/PrevalenciaYCaracteristicasSintomatologiaDepresivaAdolescentes.pdf>
- (7) Ulloa-Flores RE, Peña-Olvera F, Nogales-Imaca I. Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental*. [Internet] 2011 sep [citado 29 ene 2018]; 34(5):403-407. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n5/v34n5a2.pdf>
- (8) Cova F, Melipillán R, Valdivia M, Bravo E, Valenzuela B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Rev.chil.pediatr*. [Internet] 2007 Abr [citado 30 ene 2018]; 78(2):151-159. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000200005
- (9) Bernaras E, Jaureguizar J, Soroa M, Ibabe I, Cuevas C. Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de psicología*. [Internet] 2013 ene [citado 27 ene 2018]; 29(1):131-140. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v29n1/psico_evolutiva3.pdf

- (10) Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2007 [citado 14 dic 2017]; 45(3): 225-232. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073d.pdf>
- (11) Galicia-Moyeda IX, Sánchez-Velasco A, Robles Ojeda FJ. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. Anales de psicología [Internet] 2009 Dic [citado 1 feb 2018]; 25(2):227-240. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v25/v25_2/05-25_2.pdf
- (12) Ferrer-Tirado L, Checa-Peña J. Adolescencia y depresión: un modelo de intervención comunitario. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente [Internet] 2013 [citado 2 feb 2018]; 55(1):37-42. Disponible en: <http://www.seypna.com/documentos/articulos/psiquiatria-55/6-ferrer-checa-seypna55.pdf>
- (13) Andrade-Palos P, Betancourt-Ocampo D, Vallejo-Casarín A, Celis-Ochoa BS, Rojas Rivera RM. Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. Salud mental [Internet] 2012 Ene [citado 2 feb 2018]; 35(1):29-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a5.pdf>
- (14) Ministerio de la presidencia y para las administraciones territoriales [sede Web]. Madrid; 2003. Agencia estatal Boletín Oficial del Estado; [citado 6 feb 2018]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340&tn=1&p=20140328#a7>
- (15) Campos-Gutiérrez MS. El papel de la enfermería comunitaria en el fomento de escuelas saludables: justificación e intervenciones. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria [Internet] 2016 dic [citado 6 feb 2018]; 9(2):52-59. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27130/>
- (16) Ministerio de la presidencia y para las administraciones territoriales [sede Web]. Madrid; 2003. Agencia estatal Boletín Oficial del Estado; [citado 9 feb 2018]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- (17) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid; Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud; [citado 6 feb 2018]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/home.htm>
- (18) Vázquez FL, Torres A. Prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros. Boletín de Psicología [Internet] 2005 mar [citado 12 feb 2018]; 83:21-44. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N83-2.pdf>

(19) Fundación para la cooperación, investigación y desarrollo de la enfermería [sede Web]. Metodología Enfermera; [citado 3 mar 2018]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/metodologia-enfermera/>

(20) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: 2014; Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS; [citado 20 feb 2018]. [Documento online]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

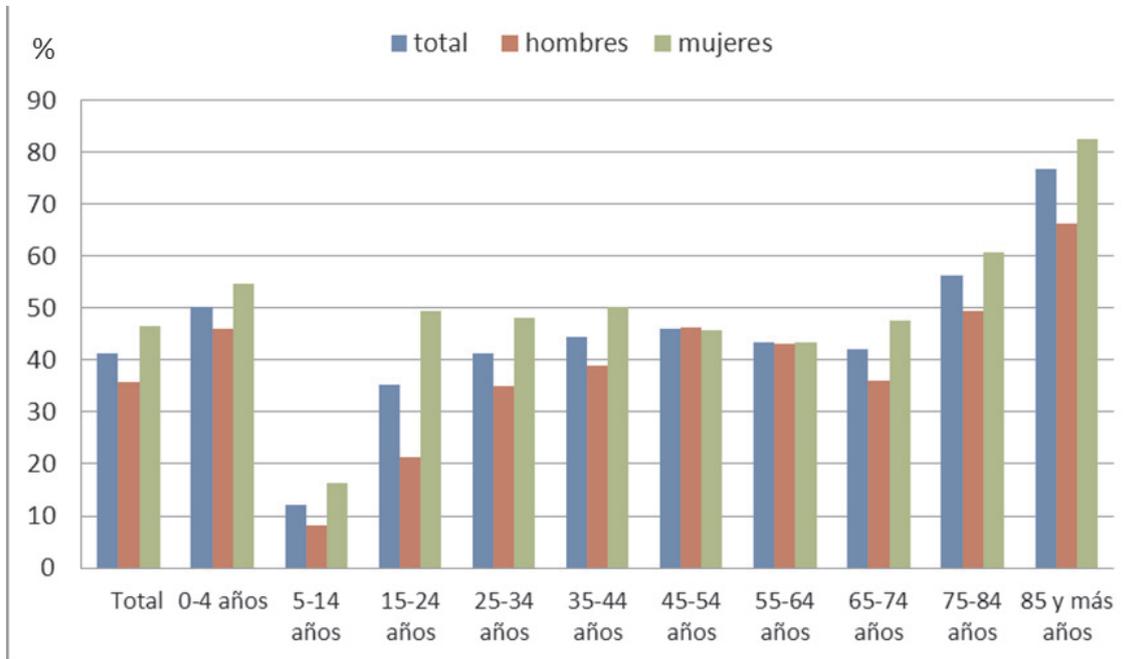
(21) Carvajal-Carrascal G, Caro-Castillo CV. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. Av.enfer [Internet] 2012 sep [citado 15 feb 2018]; 30(3):102-117. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/39968/42383>

(22) NNN Consult [base de datos en Internet]. Elsevier; [citado 9 mar 2018]. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/,DanaInfo=www.nnnconsult.com+>

8. ANEXOS

ANEXO 1

Figura 4. Porcentaje de población española que refiere no realizar ejercicio físico y ocupar el tiempo libre de forma casi completamente sedentaria.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Corresponde a aquellos que responden “No hago ejercicio. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria” a la pregunta “¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?”.

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>