



**Universidad
Zaragoza**

TRABAJO FIN DE GRADO

**ADOLESCENCIA Y JUVENTUD: SALUD MENTAL Y ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS
DEPRESIVOS.**

**ADOLESCENCE AND YOUTH: MENTAL HEALTH AND ANALYSIS OF DEPRESSIVE
DISORDERS.**

Autora:

Julia Expósito Romero

Tutora:

Marta Puebla Guedea

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

Grado en TRABAJO SOCIAL

Año académico 2020-2021

Índice

1.Resumen.....	4
2.Abstract.....	4
3.Introducción.....	5
4.Marco teórico.....	6
4.1 Salud mental.....	6
4.1.1 Marco normativo.....	6
4.1.2¿Cómo se organiza la salud mental en aragón?.....	11
4.2: Adolescencia y juventud.....	13
4.2.1¿Qué es la juventud?.....	13
4.2.2: El desarrollo de la adolescencia y sus enfermedades mentales más comunes ligadas a ella.....	15
4.2.3. Depresión: tipos, factores que la generan y síntomas más comunes.....	18
4.2.3:La salud mental como tema tabú entre los jóvenes.....	23
4.3 Trabajo social y salud mental:.....	24
4.3.1: Atención social a jóvenes con depresión.....	24
4.3.2: ¿Cómo se interviene desde el equipo multidisciplinar con jóvenes con depresión?.....	25
5.Hipotesis y objetivos:.....	27
6 Metodología.....	28
6.1: Cuantitativa.....	28
6.2: Cualitativa.....	29
7.Resultados.....	31
7.1: De la investigación cuantitativa:.....	31
7.2: De la investigación cualitativa.....	45
8.Discusión.....	47
9.Limitaciones.....	50
10.Conclusiones.....	51
11.Bibliografía:.....	52
Anexo 1:.....	56

Índice de Imágenes.

Ilustración 1.....	16
Ilustración 2: Síntoma de tristeza (Fuente: Elaboración Propia).....	31
Ilustración 3: Síntoma de Pesimismo. (Fuente: Elaboración Propia)	32
Ilustración 4: Síntoma de Fracaso (Fuente: Elaboración Propia)	32
Ilustración 5: Síntoma de pérdida de placer. (Fuente: Elaboración Propia)	33
Ilustración 6: Síntoma de culpabilidad. (Fuente: Elaboración Propia)	33
Ilustración 7: Síntoma de sentimientos de castigo. (Fuente: Elaboración Propia).....	34
Ilustración 8: Síntoma de disconformidad con uno mismo (Fuente: Elaboración Propia).....	35
Ilustración 9: Síntoma de autocrítica. (Fuente: Elaboración Propia)	35
Ilustración 10: Síntoma de pensamientos suicidas. (Fuente: Elaboración Propia)	36
Ilustración 11: Síntoma de llanto. (Fuente: Elaboración Propia)	36
Ilustración 12: Síntoma de agitación. (Fuente: Elaboración Propia)	37
Ilustración 13: Pérdida de Interés. (Fuente: Elaboración Propia)	37
Ilustración 14: Síntoma de indecisión. (Fuente: Elaboración Propia)	38
Ilustración 15: Síntoma de desvalorización (Fuente: Elaboración Propia).....	38
Ilustración 16: Síntoma de pérdida de energía. (Fuente: Elaboración Propia)	39
Ilustración 17: Síntoma de cambios en el sueño. (Fuente: Elaboración Propia).....	39
Ilustración 18: Síntoma de irritabilidad. (Fuente: Elaboración Propia)	40
Ilustración 19: Síntoma de cambios en el apetito. (Fuente: Elaboración Propia).....	40
Ilustración 20: Síntoma de dificultad en la concentración. (Fuente: Elaboración Propia).....	41
Ilustración 21: Síntoma de cansancio o fatiga. (Fuente: Elaboración Propia).....	42
Ilustración 22: Síntoma de pérdida de interés en el sexo. (Fuente: Elaboración Propia)	42
Ilustración 24: Gráfico de respuestas.	43
Ilustración 23: Resultados del cuestionario.	44

1.RESUMEN.

El presente trabajo trata de comprender y analizar por qué la depresión es un trastorno mental muy frecuente que afecta a la Salud Mental de los adolescentes y a la juventud, así como su incidencia. Este trastorno debe investigarse en profundidad en estos grupos de población, principalmente porque son muy vulnerables y debido al estigma que existe en nuestra sociedad acerca del "trastorno mental" muy pocos se deciden a acudir en busca de ayuda de profesionales. Intentaré dar respuesta mediante una búsqueda sobre el concepto de juventud y los factores a los que están expuestos y de la depresión y sus principales tipos, además de realizar un estudio con 152 jóvenes y una entrevista a una profesional especialista en este grupo de edad para así conocer cómo se interviene desde la práctica.

Palabras clave: "Salud Mental", "Juventud", "Depresión", "Adolescencia", "Trastorno mental", "Estigma".

2.ABSTRACT.

The next work tries to understand and analyse why depression is a very frequent mental disorder that affects the Mental Health of adolescents and youth, as well as its incidence. This disorder should be investigated in depth in these population groups, mainly because they are very vulnerable and due to the stigma that exists in our society about "mental disorder" very few decide to seek help from professionals. I will try to give an answer through a research on the concept of youth and the factors to which they are exposed and depression and its main types, as well as a study with 152 young people and an-interview with a professional specialist in this age group in order to know how to intervene in practice.

Keywords: "Mental Health", "Youth", "Depression", "Adolescence", "Mental disorder", "Stigma".

3.INTRODUCCIÓN

El objeto de estudio de este trabajo se basa en una hipótesis que lleva en la cabeza de una joven observadora mucho tiempo: *Los jóvenes de hoy en día están más tristes, menos motivados y esperanzados, están más deprimidos*. Quizá sea cierto que todo se ve la manera en la que te pones “tus gafas” y miras al mundo, por eso cada uno tenemos una mirada y una visión diferente. Es por esto por lo que con este trabajo le surgió a esa joven observadora la oportunidad de analizar si realmente eso era cierto o, por el contrario, quizá solo era ella que veía el mundo de una manera diferente.

Es imprescindible que se trabaje y promueva la Salud Mental en especial en los primeros años de la vida ya que es una parte fundamental para nuestro desarrollo social, emocional y personal, por esto este trabajo se va a centrar en esos años de la vida.

El motivo por el que me centré en los adolescentes y los jóvenes es porque considero que es el colectivo que más expuesto está siempre y es más vulnerable: a críticas, a cambios, a exigencias. Sin embargo, esta etapa es fundamental para el desarrollo de la vida, porque esta etapa implica salir de la vida infantil a la vida adulta, a la autonomía. (González y Rego, 2006)

Existen muchos mitos y prejuicios en la sociedad sobre los trastornos mentales, los que hacen que estos se conviertan enfermedades que marcan el desarrollo vital de la persona que las padece, no solo por las características de la enfermedad en sí, sino por las dificultades con las que se encuentra la persona para poder realizar una vida normal en la sociedad, entre otros factores, por el estigma que sufre tanto el afectado como la familia (Aznar 2004).

Según la (OMS,2020) “la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad”. Esta misma, reconocía en 2018 en un informe sobre la Salud-Infanto Juvenil en Europa que aproximadamente la mitad de los problemas de salud mental surgían antes de los 14 años. (OMS, 2018).

Es por esto, que considero que la depresión es un tema fundamental para investigar junto con su incidencia en la juventud, exponiendo los diferentes tipos de trastornos depresivos basándome en el DSM-V y en un cuestionario que realicé a una muestra de 152 jóvenes. He visto a mi círculo de iguales y he observado un cambio en su conducta en los últimos meses, por lo que me lleva a plantearme la pregunta de: ¿Ha aumentado la depresión en los jóvenes?

4.MARCO TEÓRICO.

4.1 SALUD MENTAL.

El concepto de Salud es bien conocido por todos y la Organización Mundial de la Salud en 1948 define este término, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”, dejando clara así la importancia psicológica que tiene.

El concepto de salud mental ha ido variando y desarrollándose a lo largo de los años, hasta llegar a un concepto que hoy está muy cargado de valor, pero que no se llega a entender todavía. Podría definirse como: un estado y un proceso:

- Un estado, referido al estado de bienestar psicológico y social total de un individuo, en un entorno sociocultural dado.
- Un proceso que indica una conducta de afrontamiento: la consecución de la autonomía, por ejemplo.

Además, según Houtman (1999) un indicador clave para la Salud Mental, son las características de la persona relacionadas con los diferentes estilos de afrontamiento: la competencia (el dominio del entorno o la autoeficacia, por ejemplo), la aspiración, el interés en su entorno, la participación en actividades motivadoras para ella y el buscar objetivos para su propia proyección, son características propias de una persona que tendría una buena Salud Mental.

Hoy, por fin se puede ver la Salud Mental como un estado completo en todos los ámbitos de la vida, no solamente como la ausencia de enfermedad, sino como un estado donde influye su desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral.

Según la FEAFES GALICIA (2010), el **trastorno mental** es una alteración de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento en el que son afectadas la emoción, la motivación, la cognición, la conducta, el aprendizaje o lenguaje entre otras, lo que dificulta a la persona a su adaptación al entorno y crea malestar y sus causas son múltiples y en algunas desconocidas.

4.1.1 MARCO NORMATIVO

Las personas que sufren problemas de Salud Mental son un colectivo muy vulnerable y apartado en nuestra sociedad y en muchas ocasiones no pueden tomar decisiones por ellos mismos, por lo que es más probable que puedan violarse sus derechos. Por esto, que exista una legislación y con ella un marco normativo sobre salud mental es fundamental y muy necesaria para salvaguardar los derechos y la dignidad de las personas

con algún trastorno mental. Estas personas luchan cada día contra prejuicios, estigmas, discriminación y marginación en nuestra sociedad y esos estigmas son una lacra que se enraíza en la sociedad y tarda mucho tiempo en desaparecer. La legislación sobre salud mental aborda temas que es fundamental que se regulen, algunos como la integración en la comunidad de las personas con trastornos mentales, la protección de sus derechos, la prevención y la promoción de la Salud mental. (Santirso Ruiz, 2005, p2)

A su vez, es de vital importancia que las normativas regulen y contemplen el Consentimiento Informado y libre, ya que el tratamiento involuntario sólo se produce en situaciones excepcionales, las cuales también son definidas. Este consentimiento informado es un derecho del paciente, pero también una responsabilidad del profesional. En los menores de 16 años se deberá tener el consentimiento informado por representación, aunque sí tiene 12 años o más ya se tendrá en cuenta. Únicamente no será necesario cuando exista un grave riesgo de peligro para la vida del paciente.

- A nivel internacional:

Aunque tardía y paulatinamente la UE está tomando conciencia y actuando sobre la Salud Mental y eso es importante de recalcar, ya que ha declarado que los problemas relativos a la salud mental son ahora una prioridad de la salud pública.

La primera conferencia que se realizó en relación con temas de salud mental fue **La Conferencia Europea sobre la promoción de la salud mental y la inclusión social**, en 1999. A partir de ese momento, han sido varias las conferencias y estrategias que la Unión Europea ha realizado en coordinación con sus países miembro para luchar por la salud mental y para promoverla, tanto en jóvenes como en adultos. Respecto a los jóvenes en concreto, parece que se tiene menos preocupación ya que hay muchas menos conferencias y programas específicos, normalmente los integran en apartados cuando hablan de la Salud o la Salud Mental en general. (González y Rego, 2006).

En 2005 se celebró en **Helsinki** la conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la Salud Mental. En ella los Estados reconocen que la Salud Mental es imprescindible para la calidad de vida de las personas y que la promoción de los problemas relacionados con ella, la prevención, el tratamiento y cuidado son una prioridad desde este momento. Reconoce también que la salud mental debe ser “considerada como parte integrante y esencial de otras políticas públicas, como las relacionadas con los derechos humanos, educación, empleo y asistencia social” (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Por lo que se comprometen, a aumentar el número de profesionales especializados, así como aumentar también a los especialistas en la atención de niños o jóvenes con problemas de salud mental y piden a los sistemas sanitarios europeos que formulen estrategias para la promoción y prevención de la salud mental, además de los factores de riesgo asociados a ella, así como potenciar el apoyo social (Ministerio de Sanidad, 2007).

Es muy importante señalar también el **Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales**, considerando también la **Declaración Universal de Derechos Humanos**, ya que en ellas se establecen las bases de la protección más absoluta de las personas, las que ningún Estado ni poder puede sobrepasar (Naciones Unidas, 1948).

Por otro lado, **El Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020)** quiere dar prioridad a la atención de los trastornos mentales, estableciendo así una serie de objetivos y acciones para que las personas con algún trastorno tengan un mejor nivel de bienestar, incluyendo en sus apartados al colectivo infanto-juvenil.

En un nivel más estratégico, **el Libro Verde**, titulado **“Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en salud mental”** realizado por la Comisión Europea promueve sentar las bases de la salud mental en la infancia y en la adolescencia, ya que es fundamental en estos primeros años de vida. Pone la atención en el bienestar psíquico, considerándolo fundamental para que los jóvenes puedan desarrollarse completamente, tanto intelectualmente como emocionalmente. (González y Rego, 2006).

-A nivel estatal:

En base a lo establecido en el **Artículo 1.1** de la **Constitución Española**, por el que “España se constituye en un Estado social de derecho...” El estado asume una serie de obligaciones que está obligado a cumplir, garantizando derechos fundamentales para que cada miembro de la sociedad tenga un máximo bienestar. Algunos de estos derechos que está obligado a garantizar vienen regulados en el Catálogo de Derechos Fundamentales del **Título 1** de la Constitución.

En el Artículo 14, dentro del Título 1, Capítulo II, de la Constitución Española de 1978 aparece el principio de igualdad ante la ley, con la siguiente fórmula:

“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.”

Por circunstancia personal podríamos entender una enfermedad o trastorno mental.

El Artículo 15, seguidamente establece que:

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes [...]” (Art 15 CE, 1978)

Una mala Salud Mental puede dañar la integridad moral de una persona, por lo que se tiene que conseguir que eso no suceda, ya que todas las personas tienen derecho a la integridad moral, lo que conlleva una buena Salud Mental.

El artículo 43, dentro del Título 1, Capítulo III, reconoce por primera vez la Salud como derecho fundamental, con la siguiente afirmación:

“1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio. “

Para poder regular y desarrollar este Artículo, se aprobó la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, donde en su primer artículo hace referencia a esto.

Sobre la Salud Mental hace referencia por primera vez en su **Artículo 18.8**, cuya letra atribuye a las Administraciones Públicas a través de los Servicios de Salud, competencias para actuar en promoción y mejora de la Salud Mental.

El Capítulo III de la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, está dedicado completamente a la Salud Mental y en su Artículo 20 explica que las Administraciones Sanitarias competentes actuarán siguiendo los siguientes principios:

1. 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.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general. (Art 20, LGDS, 1986).

Este artículo es de gran importancia ya que al definir que los problemas de salud mental que sufre la población deben ser enfocados y tratados desde el ámbito comunitario, pone de manifiesto la importancia del Trabajador Social. Para la prevención primaria, la correcta reinserción social y rehabilitación deberán coordinarse los Servicios de Salud Mental y de atención psiquiátrica con los Servicios Sociales, por lo que el

Trabajador Social, desde sus conocimientos técnicos deberá tratar a la persona. Además, hace hincapié en los problemas referidos a la psiquiatría infantil. Esta, según (Desviat, 2011) lleva consigo una **Reforma Psiquiátrica**, estableciendo las bases y los objetivos para la mejora de la vida de las personas con alguna enfermedad mental. Se quería evitar los ingresos permanentes, dando así mucha menos importancia a los psiquiátricos y focalizar toda la atención en una atención comunitaria.

Debido a las peticiones y las bases de la Conferencia de Helsinki expuesta anteriormente, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Español en coordinación con las Comunidades Autónomas, ha elaborado la **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**, debido a que la mejora de la Salud Mental de la población es uno de los principales objetivos del Ministerio de Sanidad y Consumo. Esta estrategia sirve de apoyo para la coordinación y cohesión de los diferentes profesionales a la hora de implementar planes o programas en esta materia para todo el país, para así dar una mejor atención y prevención a la población que sufre algún trastorno. (Ministerio de Sanidad, 2007)

En el **Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, que determina la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud**, se detallan las prestaciones y los servicios de salud mental dentro de la Atención Especializada que se ofrecen, las cuales se dividen en:

Diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, de las psicoterapias individuales y de familia y de la hospitalización, por un lado, y por otro, la atención a la salud mental, que esta incluye:

- Prevención y promoción en coordinación con otros recursos existentes.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia y adolescencia.
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo de exclusión social.

Por último, nombramos el **II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016**, en el cual destacamos su 7º objetivo, donde habla sobre la salud integral, buscando la prioridad en los grupos más vulnerables. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., 2013)

-A nivel autonómico:

La Ley 6/2002, de 5 de abril, de Salud de Aragón, en su artículo 49 para adelante, garantiza a los ciudadanos una prestación total y coordinada de los servicios sanitarios, entre los cuales se encuentra la salud mental.

También existe el **Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental**, escrito por el Servicio Aragonés de Salud en el año 2003, que se encuentra dentro del **Plan Estratégico de Salud Mental**

de la **Comunidad Autónoma de Aragón**, elaborado en 2002. (Servicio Aragonés de Salud, 2003). Dentro de este plan, también se encuentra el **Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil**, debido a que este grupo merece una atención especial. Según un informe de la OMS en el 2001, uno de cada diez niños sufre una enfermedad mental que les causa deterioro, por lo que hay que trabajar de raíz con ellos, proponiendo nuevas técnicas y acciones. (Servicio Aragonés de Salud, 2003)

Posteriormente, se elabora **El Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón 2017-2021**, que incluye e integra en él, las respuestas a las evaluaciones del anterior, su revisión y nuevas propuestas que se consideran necesarias. En él, se quieren proponer unos recursos y unas líneas estratégicas mejores que el anterior, alineadas con la Estrategia Nacional de Salud Mental, la OMS y las sugerencias de Europa. (Gobierno de Aragón,2017)

4.1.2¿CÓMO SE ORGANIZA LA SALUD MENTAL EN ARAGÓN?

En Aragón existen Unidades de Apoyo de Salud Mental compuestas por una plaza de psiquiatría, dependiente de Atención Especializada, y una de psicólogo y una de enfermería, dependientes de Atención Primaria. Su ubicación es diversa, atendiendo varias zonas de salud. Todo esto se recoge en el **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que determina la cartera de Servicios comunes al Sistema Nacional de Salud.**

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil se organiza mediante los Equipos de Salud Mental que actúan en el sector correspondiente y siguiendo al Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil (2003), lo ordenamos de la siguiente manera:

En un primer nivel de atención en Salud Mental Infanto-Juvenil se incluye la Atención Primaria de Salud y la de otros Agentes que influyen también en la vida de los pacientes, pero que no son sanitarios, como por ejemplo ONGS, orientadores. Este es el punto de entrada para la atención especializada en la Salud Mental Juvenil y en esta Atención Primaria se atienden problemas más leves de salud mental en niños ya que las más graves se derivan a las USMIJ (Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil).

El segundo nivel es el área específica de la Salud Mental juvenil y se desarrolla de modo ambulatorio en las USMIJ. En esta, se tratan problemas más severos que en el primer nivel y una buena coordinación entre los diferentes niveles es fundamental ya que hace que los recursos sean equitativos. Una vez que el joven accede a la USMIJ será atendido por un equipo multidisciplinar. Algunas actividades propias de este nivel especializado son: Evaluación y diagnóstico de los casos, así como su tratamiento, desarrollo de proyectos

de prevención y promoción, el seguimiento de los casos y el apoyo tanto a los familiares como a los adolescentes.

En tercer nivel, dado que en algunos trastornos es insuficiente el tratamiento ambulatorio, se encuentra la hospitalización y otros servicios rehabilitadores como los centros de día para seguir aquí el tratamiento, siempre de modo intensivo y especializado. Es cierto que las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juveniles para la hospitalización han de ser muy limitadas, pero no hay que obviar que hay veces que, si el trastorno es muy grave, es la única manera.

Además de esto, es muy importante la coordinación que tienen las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil para la derivación de los casos con los diferentes servicios que trabajan también este tema porque así todo sigue el mismo curso y las mismas pautas. Estos servicios son: El departamento de Educación y Ciencia, los Servicios de Protección de Menores y los Centros de Base de Atención a Minusválidos, los Servicios Sociales de Base y los Centros Municipales, los Juzgados de Menores, los Servicios Educativos y diferentes organizaciones (Servicio Aragonés de Salud, 2003).

4.2: ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.

4.2.1¿QUÉ ES LA JUVENTUD?

Según la ONU (1981), los jóvenes corresponden a las personas que comprenden edades entre los 15 y los 24 años y estos representan un 18% de la población mundial, pero cada vez va creciendo.

El concepto “juventud” puede ser entendido como un fenómeno social, ya que no es un concepto vinculado solamente a la edad, sino más bien es una construcción histórica y cultural que ha ido adquiriendo diferentes significados con el paso del tiempo y las épocas. Es históricamente construida porque los diferentes contextos como el social, el político y el económico forman las características sobre percibir a las personas jóvenes, por lo que se va construyendo a lo largo de la historia precisamente por estar tan influida por estos contextos tan cambiantes, la juventud no puede ser definida como una entidad formada, si no, todo lo contrario, está sujeta a cambios. Este concepto, lleva consigo una identidad social de aquellos sujetos que pertenecen a ella ya que estos se identifican con este concepto por lo que, trae consigo unas relaciones en los diferentes contextos anteriormente mencionados. (Bourdieu, 2000).

La juventud y la adolescencia son periodos muy importantes en el proceso de socialización y maduración de la persona, por lo que ambos momentos se pueden analizar desde dos perspectivas: la socio genética y la psicogenética. El enfoque socio genético se centra en analizar estas etapas de la vida en función de la socialización del individuo y el enfoque psicogenético, se centra en las funciones y procesos psíquicos que se dan en estas etapas. (Domínguez, 2008).

Actualmente, la condición de “juventud” se resume para la gran mayoría de gente en el encasillamiento de la edad, reduciendo a mera estadística la gente perteneciente a este grupo. Pero, sin embargo, la representación de la juventud depende de muchas variables como el género, la diferenciación social o la generación a la que perteneces, por lo que esto, hace que hablemos de “juventudes” y no de “juventud”, ya que hay muchas maneras de ser joven en la sociedad en la que vivimos actualmente. (González y Rego, 2006)

Al hablar de jóvenes, no podemos pasar por alto algunas **cuestiones que determinan la realidad de estos**, entre ellas, siguiendo a (Marguilis y Urresti, 1999):

- **La generación:** Al hablar de generación, hace referencia a “las condiciones históricas, políticas, sociales, tecnológicas y culturales de la época en la que una nueva cohorte se incorpora a la sociedad”. Por lo que cada generación, según el momento en el que nazca y como esté la sociedad a la que se va a incorporar en todos los factores que influyen en esta, se comportarán de una manera u otra. Esto nos lleva a pensar en el enorme salto en la comunicación que puede haber entre padres e hijos, al nacer en sociedades que cambian rápidamente. Una generación no es un

grupo social, solo dota a sus integrantes de posibilidades para agruparse y relacionarse. La pertenencia o no a una tribu o un grupo.

- **El género:** El concepto de maternidad no es recibido de la misma forma en los distintos sectores sociales y tiene diferente incidencia sobre el concepto de juventud. En las clases populares hay una frecuencia mayor de maternidad adolescente, además de formar uniones conyugales. En las clases medias y altas, las mujeres suelen tener el hijo más tarde, lo que se puede vincular con las exigencias laborales o los estudios. Para la mujer, la relación entre género y juventud, a lo largo de la historia se vuelve más complicada, ya que las diferencias entre las generaciones se acentúan por la evolución de la condición social de la mujer, vinculada a disminución de limitaciones en el plano de la sexualidad y mayor apertura al mundo laboral. Por lo que las mujeres, van a tener mayor distanciamiento con sus madres o abuelas respecto a los hombres.
- **El estatus socioeconómico** (puede determinar el acceso a ciertos recursos, pero sobre todo determina nuestra manera de ver el mundo) y la escolaridad (puede marcar la integración a algunos puestos en la sociedad).

Además, para hablar de juventud, debemos tener en cuenta los problemas a los que se enfrentan estos y esto lo encontramos en un el informe *Teenagers in distress: a social and health-based approach to youth malaise (2003)*:

- **Aumento en las conductas de riesgo:** Como por ejemplo el alcohol, tabaco o las drogas.
- **Aumento de las tasas de suicidio:** El suicidio es una de las principales causas de muerte en el mundo y no distingue entre países ricos o países pobres. En la mayor parte de ocasiones, el suicidio está ligado a algún trastorno mental y suele llevarse a cabo cuando la persona está en su límite, no encuentra sentido a su vida. Las personas que sufren algún trastorno mental son más vulnerables a desarrollar este tipo de actos, por eso es muy importante el tratamiento y prevención.
- **Ansiedad y depresión creciente:** El aumento de las conductas de riesgo también trae consigo un aumento de ansiedad y depresión, ya que algunas conductas como el alcohol o las drogas son factores influyentes para las enfermedades mentales.
- **Futuro impredecible e inseguro:** Los jóvenes tienen que estar adaptándose a los constantes y rápidos cambios económicos, sociales y políticos que suceden en nuestra sociedad, hecho que hace que se enfrenten a un futuro incierto. El desempleo juvenil es una de las cosas que más les preocupa de su futuro, ya que el mercado de trabajo es una de las grandes puertas para la inclusión.

- **Deterioro de instituciones y redes sociales:** Las redes sociales y las instituciones se han deteriorado y han variado a lo largo de estos últimos años, han perdido valor e influencia la familia o los colegios como vehículo de cohesión social.
- **Transición con experiencias vitales múltiples:** Los jóvenes están en una fase donde realizan “la transición a la vida adulta”. Se exponen a experiencias vitales que les serán de gran importancia para sentar sus bases hacia la vida adulta. Educación, oportunidades sociales, incorporación al mercado de trabajo, pareja...

4.2.2: EL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA Y SUS ENFERMEDADES MENTALES MÁS COMUNES LIGADAS A ELLA.

Que hoy en día se empiecen a plantear los problemas de salud en general y de los jóvenes en particular, está relacionada con el incremento de los problemas de salud mental de este grupo de edad, como por ejemplo problemas de conducta de adolescentes, tanto hombre como mujeres y en los diferentes tipos de familias, pero hay una cierta relación entre la clase o posición social que poseas en la sociedad y la salud mental, ya que cuanto menor sea la posición social que tengas, tienes un mayor riesgo de padecer una enfermedad mental. (González y Rego, 2006)

Según la Organización Mundial de la Salud (2020), los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades en las personas comprendidas entre 10 y 19 años y la mitad de los trastornos mentales se generan antes de los 14 años, pero no se detectan ni se tratan.

Los factores determinantes de estos problemas mentales son de naturaleza múltiple, no se desarrollan por un simple factor, si no por la coexistencia y la interacción de muchos, sin olvidar los factores sociales y culturales, además del contexto social, son muy importante a la hora de hablar de trastornos mentales en jóvenes.

Según el Libro Verde (2005), hay factores de riesgo, como lo pueden ser el acceso a drogas y alcohol, el rechazo, la pobreza, la discriminación, el desempleo, la desorganización a nivel de comunidad, o la falta de educación y factores de protección, como el *empowerment*, la integración de las minorías, la participación y el apoyo social, además de la tolerancia, que intervienen e interactúan en conjunto con la salud mental.

A lo largo de la historia de la salud mental, siempre se han tenido muy en cuenta los factores y determinantes biológicos, sin embargo, a finales del siglo pasado se ha cambiado el paradigma, **prestando mucha más atención a las experiencias sociales.** Se considera ahora, que los problemas de salud mental vienen dados por muchos factores; biológicos, psicológicos y de interacción social. Por esto, es fundamental hablar de cómo influye el contexto en el que viven los jóvenes a su salud mental. Siguiendo

este cuadro (Ilustración 1) de Aneshensel y Sucoff (1996: 295), observamos cómo influye el contexto del barrio en el que viven los jóvenes, su salud mental y los antecedentes de sus familias.

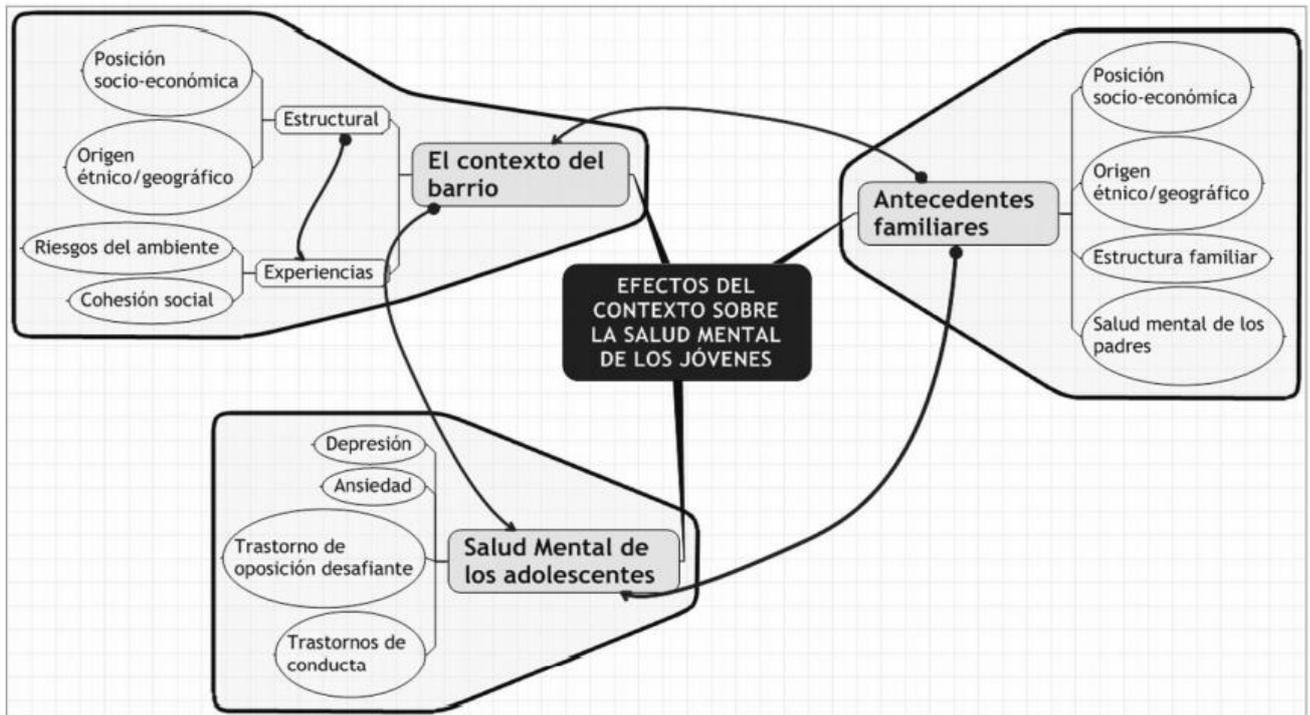


Ilustración 1: Influencia del contexto en el que naces en tu juventud.

Con este esquema podemos observar, que no es lo mismo nacer en un barrio marginal, o con altos índices de delincuencia, por ejemplo, que en uno de gente con más nivel económico. Y por supuesto, no es lo mismo ser autóctono, que ser inmigrante, o pertenecer a una clase social u a otra, ya que todo esto influye en los problemas de salud mental de los jóvenes.

Además de todos estos factores, hay que señalar también que los adolescentes y jóvenes están sometidos a una sucesión de cambios que experimentan en ese breve periodo de su vida, cambios como: el cambio de ciudad para comenzar la universidad, el propio comienzo de esta, la exploración de una identidad sexual, el mercado laboral o los cambios en sus relaciones sociales, ya que, en muchas ocasiones al cambiar de ciudad, los jóvenes renuevan amistades o se alejan de sus familiares. La violencia y los problemas socioeconómicos de las familias constituyen riesgos graves para su salud mental y todos estos sucesos, pueden ser muy estresantes para ellos, haciéndose así más vulnerables para desarrollar algún problema de salud mental. (González y Rego, 2006)

Los problemas más comunes entre los jóvenes suelen ser:

- **El acoso escolar:** Es uno de los problemas más extendidos sobre los jóvenes, que, según las cifras, advierte de una actuación inmediata debido al gran impacto que puede tener en la salud mental de los jóvenes y en su rendimiento académico. Según el I Estudio sobre el Acoso Escolar en España “Dilo todo contra el *Bullying*”, 1 de cada 5 niños escolarizados sufre *bullying* y sólo el 15% se atreve a contarlo. (Dilo todo contra el *bullying*, 2021)
- **Los trastornos emocionales:** Los más comunes son la depresión y los trastornos de ansiedad y los adolescentes pueden sufrir tanto síntomas físicos como cognitivos, como, por ejemplo, irritabilidad, dolor de estómago, tensión o aislamiento social. Se estima que, a nivel mundial, la depresión es de las primeras causas de morbilidad entre los jóvenes de 15 y 29 años. Además, la ansiedad y la depresión se solapan parcialmente en más de la mitad de la población. En los años 90, la OMS y un informe del Banco Mundial estimaron que, en el Siglo XXI, la depresión y el suicidio iban a ser los problemas más graves para abordar y que, además, la depresión constituiría el segundo problema más importante. Solo hay que ver que actualmente, ya bien entrados en el Siglo XXI, esto se ha confirmado, ya que el suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte, y la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial. (Rey et al.,2015)
- **Trastornos del comportamiento infantil (TDAH hiperactividad):** Este trastorno suele ser diagnosticado antes de la pubertad, pero en muchas ocasiones el diagnóstico se realiza tarde y este trastorno perdura durante la adolescencia. Este trastorno impide al niño estar concentrado en una misma actividad durante un corto periodo de tiempo, además de la necesidad de buscar estímulos de interacción con su entorno. Sus consecuencias son: disminución en la capacidad para cumplir las normas y problemas en la escuela y en las relaciones con sus iguales. (Rey et al.,2015)
- **Trastornos de la alimentación:** Estos trastornos aparecen normalmente durante la adolescencia y al principio de la edad joven- adulta. Estos son un problema real y que va en expansión, pues cada vez es más reciente que los jóvenes lo sufran. Los jóvenes y especialmente las mujeres están sometidas constantemente a mensajes de “cánones perfectos de belleza” ya sea a través de redes sociales o a través de medios de comunicación y esto les provoca una enorme presión para adelgazar, lo que deriva en trastornos como la anorexia o la bulimia. (Rey et al.,2015)
- **Suicidio:** El suicidio infanto-juvenil suele ir asociado a muchos factores, como alguna enfermedad física o mental, aislamiento social, violencia en el ámbito familiar o escolar o consumo de alguna sustancia. (Rey et al.,2015)

- **Consumo de sustancias:** Es una de las conductas de riesgo más extendidas entre los adolescentes. Las sustancias más consumidas entre estos son el alcohol, el tabaco y el cannabis y sus efectos se asocian con el fracaso escolar, la conducta antisocial o la depresión, además de provocar grandes daños para la salud. (Rey et al.,2015)

Respecto a esto, es importante hablar de la **esquizofrenia**, ya que el consumo de sustancias es uno de los grandes factores desencadenantes de esta enfermedad tan severa. Este trastorno es común que se desarrolle en los hombres entre los 15 y los 25 años y en las mujeres entre los 25 y los 35 años. (Rey et al., 2015)

En España, un estudio llevado a cabo con preadolescentes en el que se comparaban datos actuales con los obtenidos hace más de dos décadas, encontró una prevalencia de trastorno depresivo mayor en el último mes de 1,6% (Canals et al., 2018), similar a la encontrada veinte años atrás, de 1,5% (Canals et al., 1995). No obstante, considerando no solo la depresión mayor, sino también el trastorno depresivo persistente (TDP), se alcanza el 3,4% de afectados en el inicio de la adolescencia. Teniendo en cuenta que la distimia (incluida en TDP) precoz puede ser un factor de riesgo para el TDM, este mayor porcentaje nos presupone que podamos encontrarnos con cifras mucho más altas de depresión en la juventud.

4.2.3. DEPRESIÓN: TIPOS, FACTORES QUE LA GENERAN Y SÍNTOMAS MÁS COMUNES.

La depresión se trata de un trastorno psíquico, que tiene frecuencia recurrente y causa una alteración del ánimo (normalmente tristeza), que en muchas ocasiones va acompañado de ansiedad. En jóvenes y adolescentes, este trastorno a menudo no se diagnostica o sus síntomas pasan desapercibidos, ya que no se presta la atención suficiente a ellos y se piensa que provienen de lo rutinario y de los cambios normales en la adolescencia. Pero, sin embargo, estos jóvenes son los más vulnerables, ya que normalmente, tienen más preocupaciones que los demás, al intentar buscar estabilidad económica, independizarse, problemas con la familia, etc., lo que hace que puedan desarrollar ansiedad o depresión más fácilmente. (López et al, 2020)

Es por esto, que es muy importante el estudio de la depresión en jóvenes y a muchos autores les ha interesado conocer si es cierto que existe de verdad un aumento de la depresión en adolescentes y jóvenes. Si bien, algunos autores como (Costello et al., 2006; Polanczyk et al., 2015; Wiens et al., 2017, extraído de Canals 2018), no hallaron en sus estudios un incremento de depresión en jóvenes nacidos en los últimos años, otros autores como (Lu, 2019; Mojtabai et al., 2016), señalan que sí que ha aumentado el porcentaje de prevalencia de un trastorno depresivo mayor, que aumenta de un 8,3% a un 12,9% en los

niños en otros países. En España, también ha habido varios estudios al respecto y uno de ellos, se realizó a adolescentes comparando datos actuales con los obtenidos hace mucho tiempo atrás, en el que se encontró una incidencia del Trastorno Depresivo Mayor en el último mes de un 1,6%, similar a la encontrada unos años atrás, de 1,5%. (Canals, et al, 2018), pero considerando también la Distimia, se alcanza hasta el 3,4% de personas afectadas al inicio de la adolescencia.

Para estudiar la clasificación de los tipos de depresión, me he basado en el Manual del DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la *American Psychological Association*) y en el CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades y problemas de la salud de la OMS), pero más concretamente en el DSM-V. Tras haberlos leído, clasificamos la depresión en varios tipos:

1. Trastorno depresivo mayor:

Siguiendo lo que pone en el DSM V, de la American Psychiatric Association (2014). El paciente tiene que presentar 5 o más de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas, y al menos uno debe ser: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés. Estos síntomas, provocan un deterioro en el ámbito laboral, social u otras áreas importantes del funcionamiento, y pueden ser:

- Estado de ánimo deprimido todo el día, la mayor parte de los días se siente triste y desesperanzado. En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y esto da lugar a que los adolescentes lleven a cabo manifestaciones conductuales como protestas o agresividad, que puede desencadenar problemas dentro de los diversos entornos del adolescente. (Volta y Canals 2018).
- Pérdida o disminución del placer y el interés por actividades que antes solía hacer.
- Aumento o pérdida de peso importante sin hacer dieta. Además, de la variación del apetito casi todos los días.
- Los pacientes, padecen de insomnio o sienten que están cansados todo el día, es decir, sienten ganas de dormir siempre.
- Incapacidad para relajarse, observada por parte de otros.
- Culpabilidad excesiva hacia uno mismo, así como sentirse inútil. (Esto puede llegar a ser delirante)
- Debilitamiento de la capacidad para concentrarse, para tomar decisiones o incluso para pensar. Sentirse alerta constantemente. (A partir de la información por parte de otras personas)
- Ideas suicidas frecuentes.

En el DSM-V, se han incorporado tres grados de gravedad en los trastornos depresivos, según el número de síntomas que se presentan, la intensidad de éstos y el grado en el que interfieren en la vida de la persona. Estos grados son: Leve, moderada y severa.

2. Trastorno depresivo persistente (distimia) (TDP).

Según el DSM-V (2013), este trastorno incluye la presencia de un estado de ánimo depresivo crónico (irritable en niños y adolescentes), la mayoría de los días en una duración de un año para los adolescentes y dos para los adultos, y, además, incluye al menos dos de estos síntomas:

- Mucho apetito, o, por el contrario, muy poco.
- Insomnio o hipersomnia.
- Sentimientos de poca energía, débil y fatigado.
- Baja autoestima.
- Dificultad para tomar decisiones y falta de concentración.
- Sentimientos de culpabilidad, negatividad y angustia.

Para que este tratamiento se diagnostique, es importante que la persona no haya estado sin alguno de estos síntomas más de dos meses seguidos y tienen que causar un deterioro en el funcionamiento adaptativo en el joven. Los síntomas de este trastorno son más duraderos, pero menos graves que los del Trastorno Depresivo Mayor, lo que hace que muchas veces pase desapercibido para los profesionales o por el mismo individuo y no se trate, cosa que, por su duración, ya puede haber afectado a su vida social, académica y familiar, además de aumentar un riesgo de una depresión más grave. La larga duración de este trastorno hace que sea peligroso, ya que interfiere poco a poco en la vida de la persona sin que ella le de importancia, además, tiene consecuencias más negativas en los jóvenes y el rendimiento académico que en un episodio de depresión mayor.

3. Trastorno de Desregulación Disruptiva del estado de ánimo:

Este es el único trastorno que puede iniciarse específicamente en la edad infantil, antes de los 10 años, pero puede continuar en la adolescencia, según (Voltas y Canals 2018). Se presentan cuadros de cólera y graves arrebatos, tanto verbales como conductuales y se presentan al menos tres veces por semana durante un año o más. Estos arrebatos se presentan en varios contextos de la vida del niño como pueden ser la escuela, el hogar o en relaciones con sus iguales y son graves en al menos uno de estos. Este trastorno incide fundamentalmente en el estado de ánimo, provocando síntomas de depresión y de ansiedad. Si no se trata bien, este trastorno puede tener una continuidad con trastornos emocionales a los 24-26 años

4. Trastorno Disfórico Premenstrual

Según la *American Psychiatric Association* (2014), es una afección que se produce una o dos semanas antes del periodo menstrual en las mujeres, en la medida que los niveles de hormonas empiezan a bajar. Los síntomas empiezan a disminuir al empezar la menstruación, y desaparecen la semana después de la menstruación. Algunos de sus síntomas son: irritabilidad o enfado, sentimientos de desesperanza y tristeza, cambios de humor, estado de ánimo deprimido o la sensación de estar muy nerviosa. Además, también estarán presentes al menos 5 de estos síntomas: Desinterés por las cosas que antes le motivaban, dificultad para concentrarse y sensación de fatiga, cambios bruscos en el apetito y en el sueño, además de dolores físicos. Este trastorno puede afectar hasta el 5% de las mujeres en su edad fértil.

5. Trastorno Depresivo inducido por una sustancia o un medicamento:

Es un tipo de depresión que altera el estado de ánimo, y sus síntomas tienen que haber sido desarrollados después de la ingesta o de la abstinencia del medicamento o la sustancia. Si el equipo multidisciplinar, detecta que estos síntomas ya habían aparecido antes del consumo, entonces se valoraría hacer otro tipo de diagnóstico, como el de trastorno depresivo mayor, no inducido por ninguna sustancia. (*American Psychiatric Association*, 2014).

Además, entre todos estos tipos de depresión, hay que tener en cuenta la presencia del trastorno de depresión con la combinación de cuadros de ansiedad, ver si ha tenido un episodio maníaco (ya que entonces, estaríamos hablando del Trastorno Bipolar) o la combinación con síntomas psicóticos o características melancólicas. (*American Psychiatric Association*, 2014).

Como ya he hablado anteriormente, los jóvenes son más vulnerables en salud mental debido a la presión y el estrés con el que viven. Sobre todo, los jóvenes que están en el instituto o en la universidad, los exámenes juegan como factor de riesgo, ya que les generan una gran presión por tener que llegar a una determinada nota y está en juego su futuro, o al menos, así lo ven ellos. Esto lo constata la psicóloga Sámara Sáez, donde en la entrevista que le realicé, decía: “la demanda es cíclica y suele coincidir con los estresores naturales del ciclo vital, los adolescentes que comienzan el instituto empiezan a estar mal en noviembre, para enero-febrero, con los exámenes de Navidad suelen repuntar y finalmente, en mayo-junio, de cara a final de curso, suelen recaer, pero en cuanto terminan el curso o los exámenes, la situación mejora mucho”.

Para conocer mejor este trastorno tan complejo, hay que analizar cuáles son sus factores de riesgo, es decir, cuáles son los factores que pueden desencadenar la depresión, o tener mayor incidencia en ella, así

como saber cuáles son los factores de protección. Estos factores, pueden interactuar entre sí y tener un efecto acumulativo, por lo que la depresión es multifactorial.

Según (Osorio,2015) los principales factores de riesgo pueden ser individuales (biológicos o psicológicos) o ambientales (familiares y sociales):

- **Biológicos:** Cómo puede ser la transmisión genética, el sexo, problemas de salud derivados de otras enfermedades o los desequilibrios en algunos neurotransmisores, descendiendo en número de serotonina y dopamina.
- **Psicológicos:** Hay algunos niños que, ante el mismo acontecimiento normalmente traumático, unos desarrollan depresión y, por tanto, este acontecimiento tiene unas consecuencias terribles y pronunciadas, y otros niños no desarrollan depresión ninguna. Esto se llama vulnerabilidad psicológica y explica alguna de las diferencias individuales ante la depresión. También influyen algunas características de la personalidad, baja autoestima, poca resolución de problemas.
- **Familiares:** La forma en la que los padres educan a sus hijos influye mucho en la forma de ser de éstos, ya que las pautas de la crianza durante la niñez y la adolescencia son fundamentales para el desarrollo de los niños. La relación que tienen los padres o los diferentes miembros de la familia entre ellos es importante, ya que una relación marcada por conflictos o mala comunicación fluye muy negativamente en el hijo, así como en una situación de divorcio, el niño sufre todas las consecuencias porque es el que está en medio de los padres normalmente, así como el que sufre la mayoría de las consecuencias después, ya que el niño pierde un apoyo fundamental. La falta de comunicación y confianza entre los padres e hijos, así como un estilo de crianza demasiado autoritario, hace que aumente las posibilidades de padecer depresión, así como la sobreprotección.
- **Sociales:** El tránsito en la escolarización y en la educación posterior del niño es fundamental, ya que es donde pasa la mayor parte del tiempo y es donde van a sentarse las bases de su educación y su desarrollo. Una de las principales variables escolares que más influye en la depresión es la presión por los exámenes y el bajo rendimiento. Cuando los niños no tienen motivación por lo que están estudiando y creen que no van a ser capaces de llegar a las notas que se les exige, les provoca un bajo rendimiento académico que hace de factor de riesgo en la depresión. (Galicia et al., 2000, p. 228). Es muy importante también la relación con sus iguales y cómo esta influye en ellos, ya que, si el niño tiene problemas con sus iguales, tiene más probabilidad de sufrir depresión y un aspecto relevante a señalar según (Del Barrio, 2010) es que “existe una tendencia de los niños con depresión a buscar amigos con estos mismos síntomas, lo que hace que estos síntomas se mantengan”.

Así como existen *factores de riesgo* que hay que trabajar para cambiarlos o prevenirlos, existen también factores de protección, que son beneficiosos para la salud mental del niño y algunos de estos son:

Autoeficacia, resiliencia, buenas habilidades sociales, buenas pautas de comunicación en el entorno familiar, empatía, buena relación con sus compañeros en el colegio y con sus amigos. (Osorio,2015).

4.2.3:LA SALUD MENTAL COMO TEMA TABÚ ENTRE LOS JÓVENES

Siguiendo a Casañas y Lalucat (2018), la población tiene que estar familiarizada con la salud y los trastornos mentales asociados a ella para así prevenirlos y manejarlos debido a la alta prevalencia de sufrir algún trastorno mental a lo largo de la vida. Por esto, hay una alta probabilidad de que la población tenga que convivir con un trastorno mental ya sea porque lo padece ella, o alguien de su entorno. Para esto, es muy importante que los profesionales en diversas áreas como el colegio, la política o el ámbito sanitario implementen prevención y programas de salud mental.

Pero en nuestra sociedad hoy en día, esto no se llega a desarrollar del todo, lo que hace que se cree un estigma asociado a los trastornos mentales y a las personas que los sufren. Este estigma se refiere a los atributos negativos y despectivos que se le achacan a este colectivo, y estos atributos se hacen realidad cuando se convierten en prejuicios. Este estigma puede ser de dos tipos: estigma social, es cuando toda la sociedad reproduce ese desprecio hacia el colectivo, o el auto estigma cuando las propias personas que sufren este trastorno se atribuyen a ellos mismos estos atributos tan negativos. Es por esto que los jóvenes no quieren buscar ayuda o retrasan el buscarla, precisamente porque no quieren reconocer este trastorno y aceptar lo que hay, incluso en ocasiones se niegan al tratamiento en muchas ocasiones por el desconocimiento y por la falta de psicoeducación a lo largo de la vida. (Casañas y Lalucat, 2018)

4.3 TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL:

En los pacientes con algún problema de salud mental, la rehabilitación ha de iniciarse también a nivel primario una de sus actividades centrales, con programas específicos de seguimiento, puestos en funcionamiento distintos profesionales del campo de la enfermería y del trabajo social, pero con la supervisión psiquiátrica. Es necesario para ello, además de reforzar los actuales recursos multidisciplinares, reglamentar adecuadamente las funciones y organización de los equipos de salud mental comunitarios y, asimismo, de las estructuras de coordinación que requieran su funcionamiento y oferta de programas. Para ello es fundamental fomentar que tanto los familiares como los enfermos acudan a grupos de autoayuda, centros educativos y ocupacionales, de ocio, etc., fundamentales para la inserción de los enfermos mentales. Para todo esto, hay que desarrollar unas estructuras sólidas para la coordinación de toda la red pública y una política de apoyo y coordinación con los dispositivos y recursos de iniciativa social (fundaciones, asociaciones y entidades) que llevan trabajando durante mucho tiempo actuando en el ámbito de la salud mental aragonesa. (Gobierno de Aragón., 2002)

Es necesario también, promover campañas de sensibilización social y profesional que mejoren la información y el conocimiento de la magnitud real de la enfermedad mental, sus posibilidades de rehabilitación y el gran papel que juega la sociedad en el tratamiento y reinserción de los enfermos. (Gobierno de Aragón., 2002)

4.3.1: ATENCIÓN SOCIAL A JÓVENES CON DEPRESIÓN

Según Álvarez et al, (2020) Concretamente, el tratamiento de la depresión plantea un abordaje integral de manera que existirán casos que requieran una perspectiva farmacológica, psicológica y social, por ello es imprescindible intervenir de manera multidisciplinar, con especial atención a la familia y al entorno de la persona que sufre el trastorno. En la atención a estas personas debemos valorar siempre esta perspectiva de manera que indiquemos en cada caso lo que sea más oportuno.

Siguiendo al mismo Álvarez et al., (2020), para instaurar tratamiento (y/o derivar) hay que determinar:

- El tipo, la gravedad y la duración del episodio depresivo.
- Los estresores que han contribuido al episodio o que lo han exacerbado.
- Los apoyos y recursos con que cuenta la persona para afrontar la situación.
- El riesgo de suicidio y el riesgo para otros, tanto por agresividad como por negligencia (por ejemplo, cuidado de bebés o de niños pequeños en la depresión postparto).

Cada tratamiento debe de ser personalizado ya que las circunstancias de cada persona son diferentes, por lo que normalmente en las asociaciones no se sigue un patrón rígido de actuación en los tratamientos, si no

que siempre se busca la flexibilidad y el adaptarse a las necesidades individuales de cada joven, ya que se conocen y estudian los factores de cada persona. Además, hay que identificar los factores de riesgo para trabajar sobre ellos y disminuirlos, y los factores de protección para empezar por allí nuestra intervención. (Álvarez et al, 2020)

4.3.2: ¿CÓMO SE INTERVIENE DESDE EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR CON JÓVENES CON DEPRESIÓN?

Según explica Hernández (2013), respecto a la intervención psicosocial se llevan a cabo unos tratamientos psicoterapéuticos, sobre todo, teniendo en cuenta la edad del paciente:

- Entrenamiento en solución de problemas.
- Terapia cognitivo-conductual: Su objetivo principal es ayudar a los pacientes a ver la relación entre su estado de ánimo, sus pensamientos y las actividades de la vida diaria. Así como a ayudarlos a desarrollar estrategias de pensamiento más útiles, patrones de pensamiento útiles, así como ayudarles a desarrollar habilidades sociales. Es efectiva a corto plazo.
- Terapia interpersonal (PIP): Enfatiza en que las personas sufrimos malestar cuando se rompen o se interrumpen vínculos significativos para nosotros. Se centra en los problemas actuales de los adolescentes, localizando las habilidades interpersonales y sociales que tienen.
- Terapia de apoyo o consejo
- Terapia grupal.
- Terapia familiar.
- Los tratamientos farmacológicos también se dan, pero no es recomendable en niños o adolescentes.

Se ha demostrado que es beneficioso involucrar a los padres del adolescente en el proceso de tratamiento y evaluación de la enfermedad. Así como que, para los pacientes con una depresión leve, o con un bajo impacto en el funcionamiento psicosocial, lo más recomendable es comenzar el tratamiento con psicoeducación y con la facilitación de herramientas para combatir los estresores naturales del día a día, más que con terapia farmacológica y algo fundamental para que esto funcione es la relación del terapeuta paciente. Es normal que haya recaídas en los jóvenes, que abandonen el tratamiento a las pocas semanas y cuando parece que muestra mejoría. En el estudio TADS, un 47% de aquellos que se recuperaban, recaían a los 5 meses. No olvidemos que también hay pacientes que son resistentes al tratamiento. (Rey et al.,2015) Cualquier profesional que detecte en el paciente algún factor de riesgo social que pueda influir en su estado, debe derivarlo a su Trabajador Social de referencia, o a alguna Institución especialista en el tema. El

trabajador Social, deberá coordinarse con los diferentes profesionales y según Hernández (2013) su intervención consistirá en:

- Realizar la historia social del paciente para conocer su contexto.
- Informar, asesorar y orientar a los pacientes en la gestión de recursos sociales.
- Estudio y valoración social completa
- Apoyo y potenciación del asociacionismo.
- Promover la coordinación entre diferentes instituciones y profesionales.
- Colaborar en el control y seguimiento de los pacientes, así como en las actividades y memorias que se realicen.
- Participar en tareas clínicas.

Además, el papel del Trabajador Social es determinante en la atención a personas con algún trastorno mental y éste siguiendo teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales intervendrá en los puntos donde las personas interactúan con su entorno. El objetivo de éste será establecer un proceso de ayuda, por el que, mediante técnicas y procedimientos propios de la profesión, promoverá recursos tanto del propio individuo como de la comunidad para así ayudar al paciente a superar conflictos derivados de su relación con otras personas o con su entorno. Es muy importante aquí el apoyo tercero de instituciones o asociaciones, para profundizar y desarrollar más un tratamiento especializado y la futura rehabilitación social de la persona. (Hernández,2013)

5.HIPOTESIS Y OBJETIVOS:

-Hipótesis: Existe una alta prevalencia de depresión en jóvenes con síntomas caracterizados por una falta de ilusión o placer y aumento de la intranquilidad, de pesimismo u de sentimientos de culpa.

Para refutar o validar mi hipótesis he realizado un estudio observacional con dos instrumentos de medida: El Inventario de Depresión de Beck y la entrevista a la psicóloga Samara.

-Objetivo General: Analizar si la depresión es común entre los jóvenes.

-Objetivo específico 1: Analizar que síntomas son los más similares entre los jóvenes.

-Objetivo específico 2: Conocer cómo se interviene desde el perfil profesional en la práctica con los jóvenes que presentan depresión.

6.METODOLOGÍA

6.1: CUANTITATIVA

- **Diseño:** Es un estudio observacional de ámbito temporal, ya que está enfocado a estudiar la incidencia de la depresión en los jóvenes y adolescentes y sus registros de los síntomas más comunes, pero siempre desde la mirada exterior con la condición de no intervenir.
- **Muestra:** 152 jóvenes de edades comprendidas entre 13 y 25 años.
- **Variables e instrumentos de medida:** La variable que quiero medir es la depresión y su incidencia y el instrumento con el que lo mediré será con el “Inventario de Depresión de Beck-II”, pasado a los jóvenes en forma de cuestionario adaptado, ya que he añadido alguna pregunta más. Algunas de estas preguntas estaban relacionadas con su edad, ocupación u sexo. Este inventario es uno de los instrumentos más comunes para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-V para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.
- **Procedimiento:** En primer lugar, realicé una búsqueda de las diferentes pruebas que existen para medir la depresión y la ansiedad en los jóvenes y así elegir el que más se ajustara a mis prioridades. Después, elaboré el cuestionario mediante “Google forms”, y añadí algunas preguntas más para que me ayudaran a recoger más información sobre los encuestados, pero siempre de manera anónima. Los ítems del cuestionario describen los síntomas más comunes de la depresión, por lo que me ha permitido saber que síntomas son los más comunes realmente en la población adolescente y si es cierto que la depresión es uno de los trastornos más comunes en los adolescentes. Difundí el cuestionario por redes sociales y a diferente gente de mi entorno y éste estuvo abierto para que pudieran contestar durante un mes. Finalmente, cuando obtuve los resultados de las 152 personas, exporté los datos a una hoja “Excel” y trabajé con ese programa para así analizar mejor todos los resultados. Para obtener las puntuaciones de cada persona y saber entre que franjas estaban, realicé un sumatorio de los puntos que había obtenido en cada pregunta

y después, elaboré algunos gráficos y tablas, así como de cada pregunta en concreto para analizar con más detalle cada síntoma.

6.2: CUALITATIVA.

- **Diseño:** Es un estudio observacional donde se realiza una entrevista para conocer desde una mirada objetiva como se trabaja desde la práctica.
- **Muestra:** La muestra para este estudio cualitativo fue Samara Sáez Martínez, psicóloga sanitaria que trabaja en la Asociación de Trastornos Depresivos de Aragón, por lo que está especializada en el ámbito de este trabajo.
- **Variable e instrumentos de medida:** La variable que quiero medir es saber la opinión de una profesional sobre cómo se interviene desde la práctica y el instrumento de medida que he utilizado para esto ha sido una entrevista semiestructurada que le he realizado a Samara. La entrevista la elaboré buscando ejemplos de entrevistas que trataran la depresión y en base a lo que había encontrado en el marco normativo o no había encontrado para así complementar la información. Las preguntas que finalmente realicé en la entrevista fueron las siguientes:

1. ¿Vosotros de qué edad a qué edad consideran jóvenes? ¿Con qué edades trabajáis?
2. ¿Cómo llegan los jóvenes a AFDA? ¿Son derivados de alguna Unidad de Salud Mental?
3. ¿Cómo es vuestra manera de trabajar con jóvenes que presentan depresión?
4. ¿Las intervenciones son diferentes según el grado de depresión que presente?
5. ¿Protocolos de actuación? ¿Qué edades son las más comunes?
6. ¿Qué instrumentos se utilizan?
7. ¿Cuál suele ser la duración del tratamiento? ¿Lo normal, ya que cada uno necesita un tiempo?
8. ¿Orientáis a los jóvenes hacia otros recursos y soportes existentes?
9. ¿Trabajáis también con jóvenes que no presentan una depresión clara, pero presentan síntomas?
10. ¿Creéis que hay alguna forma de prevención específica en colegios o Instituciones? o se necesita mucha más?
11. ¿Crees que hay algún factor clave en la depresión que pueda incidir más en esta o son todos por igual?
12. En el cuestionario que realicé a muchos jóvenes, la mayoría afirmaron que alguna vez habían pensado en acudir a terapia, pero que nunca habían dado el paso, ¿Por qué crees que pasa esto?

- **Procedimiento:** Mi tutora de este trabajo, Marta, me puso en contacto con Samara, dándome su dirección de correo electrónico. Contacté con ella por este medio e intentamos hacer la reunión

presencial, pero debido a la situación actual de pandemia no pudimos quedar en persona, por lo que el procedimiento de la entrevista fue por teléfono y después la transcribí a ordenador. La entrevista tuvo una duración de media hora y su transcripción completa se encuentra en el Anexo I.

7.RESULTADOS.

7.1: DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA:

Tras haber realizado el cuestionario y obtener ya todas las preguntas, realicé el análisis pregunta por pregunta para analizar cada síntoma, pero también realicé los sumatorios de cada respuesta, para tener unos datos más concretos de las personas que realmente tenían depresión. Quería comprobar que síntomas eran los que tenían más o menos frecuencia entre los jóvenes y ver de qué manera incidían cada uno de ellos en la muestra de los 152 jóvenes. Los resultados han sido los siguientes:

He obtenido un total de 152 respuestas, de los cuales un 75% son mujeres y un 25% hombres y tenían las siguientes edades:

- 13-15 años: 18 personas, un 11,8%
- 16-18 años: 22 personas: un 14,5%
- 19-21 años: 38 personas, un 25%
- 22-24 años: 55 personas, un 36,2%
- 25 o más años: 19 personas, un 12,5%

Respecto a la ocupación, un 70,4% ha dicho estar sólo estudiando, un 21,1% estudiando y trabajando y un 21,1% sólo trabajando. Sólo un 0,7% ni estudia ni trabaja.

En cuanto a los síntomas que recoge este Inventario, según los criterios del DSM-V, las respuestas que he obtenido han sido las siguientes:

1. TRISTEZA.
152 respuestas

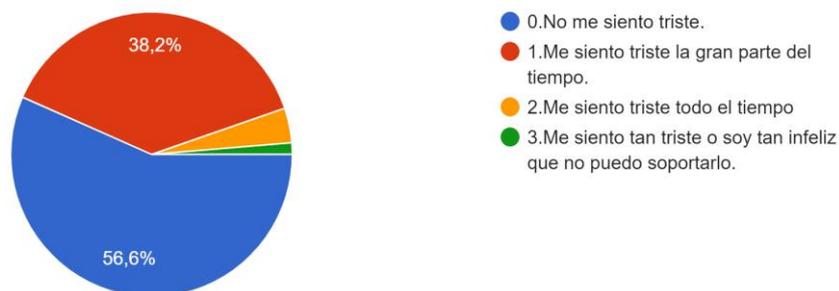


Ilustración 2: Síntoma de tristeza (Fuente: Elaboración Propia)

El primer síntoma que se recoge es la tristeza, y un 38,2% admite sentirse triste la gran parte del tiempo, un 3,9% sentirse triste todo el tiempo y un 1,3% se siente tan triste que no puede soportarlo. Esta pregunta ha sido una sorpresa, ya que un 56,6% ha admitido no sentirse triste últimamente.

2. PESIMISMO.

152 respuestas

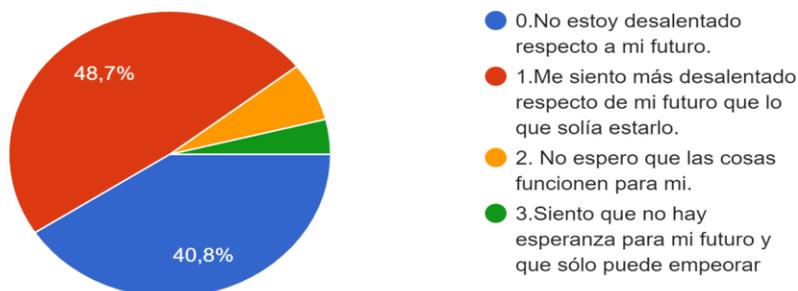


Ilustración 3: Síntoma de Pesimismo. (Fuente: Elaboración Propia)

El pesimismo y la negatividad también son uno de los síntomas claros en la depresión y 74 personas (48,7%) ha admitido que siente un futuro más incierto o desesperanzado de lo que se solía sentir y un 3,9% admite haber perdido completamente la esperanza. En cambio, un 40,8% no se siente desesperanzado respecto a su futuro.

3. FRACASO.

152 respuestas

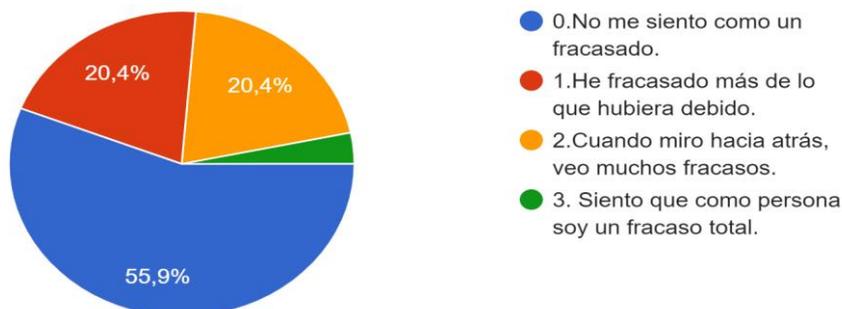


Ilustración 4: Síntoma de Fracaso (Fuente: Elaboración Propia)

Respecto al fracaso, un 55,9% dice no sentirse fracasado, pero un 20,4% admiten sentir que han fracasado más de lo que deberían haberlo hecho, un 20,4% siente que sólo ha fracasado, y un 3,3% siente haber fracasado totalmente como persona.

4. PÉRDIDA DE PLACER.

152 respuestas

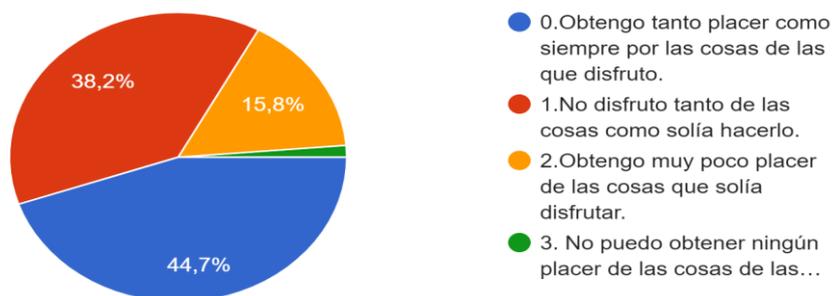


Ilustración 5: Síntoma de pérdida de placer. (Fuente: Elaboración Propia)

La pérdida de placer por las cosas que antes solías disfrutar está presente en la mayoría de los tipos de depresión, en cambio, un 44,7% ha dicho que disfruta las cosas tanto como antes. Este síntoma está bastante equilibrado en cuanto a población que lo sufre y que no, ya que si sumamos los porcentajes de la gente que ya no disfruta tanto como antes (38,2%) y de los que ya no obtienen nada de placer (15,8%), es más de la gente que no ha tenido ninguna variación.

5. SENTIMIENTOS DE CULPA.

152 respuestas

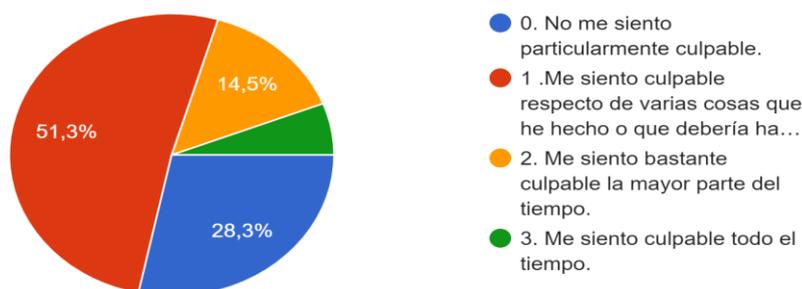


Ilustración 6: Síntoma de culpabilidad. (Fuente: Elaboración Propia)

a culpabilidad y la carga mental a la que te sometes tú mismo cuando padeces de depresión es muy elevada, por lo que es uno de los síntomas que primero aparece y más comunes también. La culpabilidad te inunda, piensas que tus acciones repercuten en todo y te sientes culpable por cosas que no tienes la culpa y eso te destruye la autoestima. Más de la mitad de las personas (51,3%) han admitido sentirse culpables últimamente de las cosas que han hecho, o que no han hecho, un 14,5% ha admitido sentirse culpable la mayor parte del tiempo, y un 5,9% se siente culpable todo el tiempo. Sólo un 28,8% no se siente culpable, porcentaje que afirma que este es uno de los síntomas más comunes.

6. SENTIMIENTOS DE CASTIGO.

152 respuestas

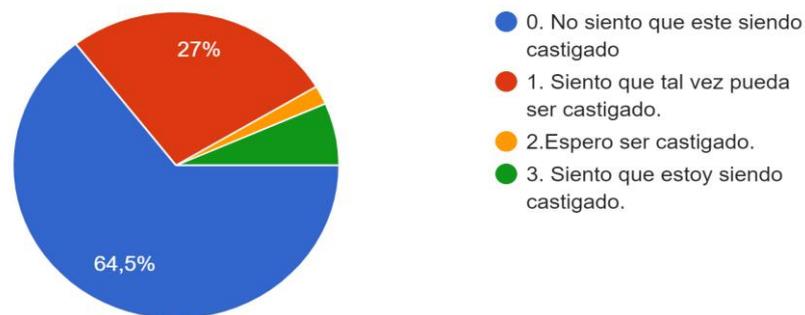


Ilustración 7: Síntoma de sentimientos de castigo. (Fuente: Elaboración Propia)

Muchas veces las personas que sufren depresión sienten que son castigadas por cosas que han hecho, o que deberían de serlo por las cosas que ellos hacen mal, que, en ese momento, no debemos olvidar, que piensan que todo lo hacen mal ya que no tienen la autoestima muy baja. En cambio, 98 personas (64,5%) no sienten que deban ser castigadas, sólo 54 sienten que tal vez puedan ser o estar siendo castigados.

7. DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO.

152 respuestas

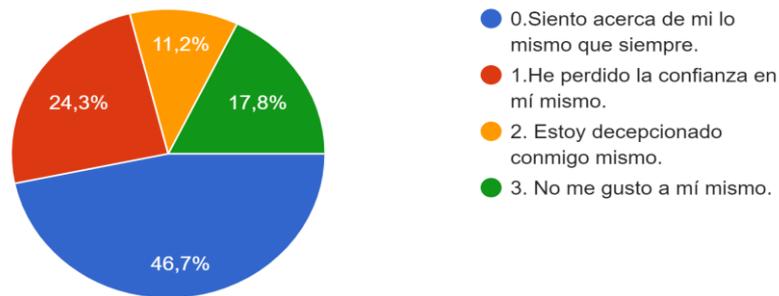


Ilustración 8: Síntoma de disconformidad con uno mismo (Fuente: Elaboración Propia)

La disconformidad con uno mismo, junto con la autocrítica son los síntomas que más equilibrados han estado en el cuestionario. Ambas cosas son fundamentales y van de la mano. Respecto a la disconformidad con uno mismo, un 24,3% ha perdido la confianza en el mismo, un 11,2% está decepcionado con uno mismo y un 17,8% no se gusta nada a sí mismo. En cambio, un 46,7% siente sobre él lo mismo que sentía hace unos meses.

8. AUTOCRÍTICA.

152 respuestas

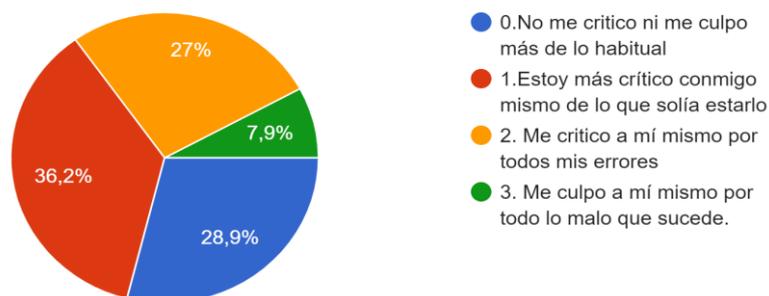


Ilustración 9: Síntoma de autocrítica. (Fuente: Elaboración Propia)

Cuando una persona está disconforme consigo mismo, normalmente se critica a sí misma mucho y se machaca con sus pensamientos autodestructivos. Sin embargo, en los resultados vemos que hay gente que no está disconforme consigo mismo, pero sí que es crítico. Un 36,2% ha admitido estar más crítico consigo mismo de lo habitual, un 27% criticarse a sí mismo por todos tus errores (pensamientos autodestructivos) y

un 7,9% se culpa a sí mismo de todo lo malo que sucede a su alrededor. Sólo un 28,9% dice no culparse más de lo habitual, menos personas que las que no están conformes consigo mismos.

9. PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS.

152 respuestas

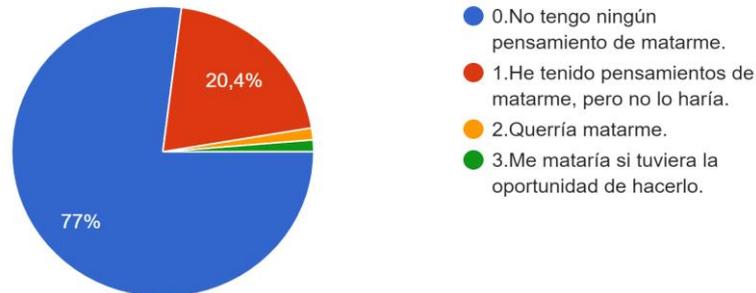


Ilustración 10: Síntoma de pensamientos suicidas. (Fuente: Elaboración Propia)

El suicidio es la primera causa de muerte en España y las ideas o pensamientos suicidas son algo recurrente en las personas con depresión, por lo que hay que detectarlas cuanto antes y prevenirlas. Por suerte, en la encuesta un 77% de jóvenes no tiene ningún pensamiento de quitarse la vida, en cambio un 20,4% ha tenido pensamientos de hacerlo alguna vez, pero no lo haría. Un 2,6% se quitaría la vida si pudiera, Son datos devastadores, porque todo el mundo tiene derecho a la vida y a vivir, ninguna enfermedad debería acabar con tu vida y menos, hacer que te la quites tú mismo, porque es lo más preciado que tienes

10. LLANTO,

152 respuestas

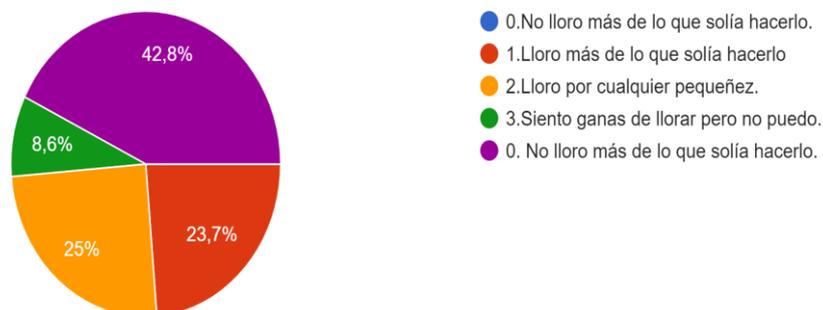


Ilustración 11: Síntoma de llanto. (Fuente: Elaboración Propia)

El llanto repentino también está muy presente y un 23,7% ha dicho que lloraba más de lo que solía hacerlo, un 25% llora por cualquier pequeñez y un 8,8% dice que tiene ganas de llorar, pero no puede hacerlo. En cambio, un 42,8% dice no llorar más de lo que lo hacía.

11. AGITACIÓN.

152 respuestas

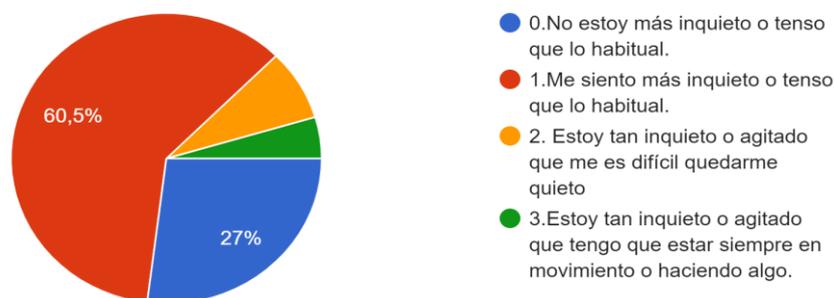


Ilustración 12: Síntoma de agitación. (Fuente: Elaboración Propia)

El nerviosismo y la agitación también son síntomas muy comunes, y se comprueba cuando un 65,5% de los jóvenes admite sentirse más inquieto o tenso que lo habitual, un 7,9% se siente tan inquieto que le provoca no poder estar quieto y un 4,6% está tan agitado que no puede estar quieto, lo que le provoca intranquilidad constantemente. Por el contrario, sólo 41 jóvenes (27%) no se ha notado más intranquilo.

12. PÉRDIDA DE INTERÉS.

152 respuestas

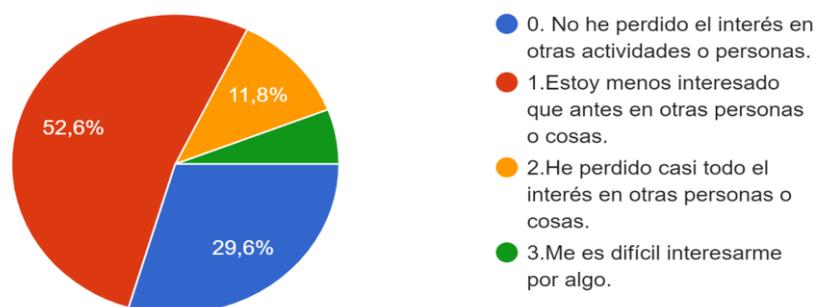


Ilustración 13: Pérdida de Interés. (Fuente: Elaboración Propia)

En la gráfica podemos observar que la pérdida de interés también es uno de los síntomas más numerosos entre los jóvenes, ya que un 52,6% de los jóvenes asegura estar menos interesado que antes en las cosas

que solía hacer o por las personas con las que solía relacionarse. Además, han perdido el interés totalmente un 5,9%.

13. INDECISIÓN.

152 respuestas

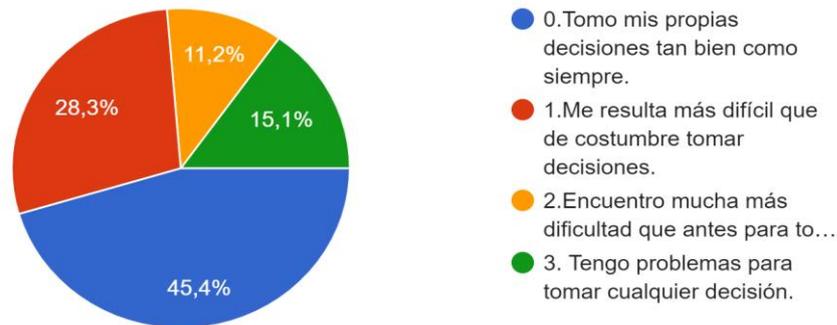


Ilustración 14: Síntoma de indecisión. (Fuente: Elaboración Propia)

Las dudas inundan la cabeza de alguien que sufre depresión, ya que no son capaces en muchas ocasiones de resolver conflictos o dudas por sí mismos. Respecto a los jóvenes a un 28,3% le resulta más difícil que antes tomar decisiones y un 26,3% tiene muchos problemas para tomar cualquier decisión. En cambio, un 45,4% de los jóvenes toma decisiones sin ninguna dificultad individualmente.

14. DESVALORIZACIÓN.

152 respuestas

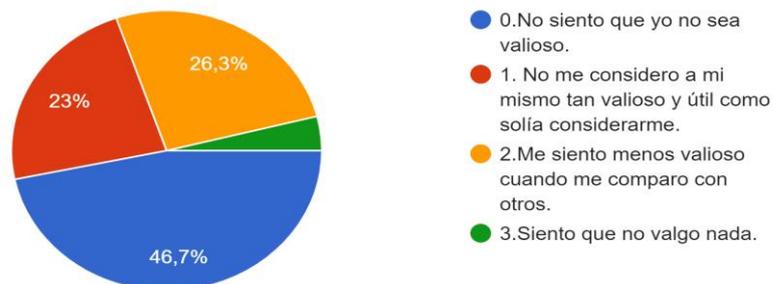


Ilustración 15: Síntoma de desvalorización (Fuente: Elaboración Propia)

La desvalorización va de la mano con la crítica y la disconformidad con uno mismo, ya que son síntomas en cadena y relacionados. En los jóvenes, un 46,7% se siente valioso, pero un 23% se considera menos valioso

y útil que antes. La desvalorización hace que tengas pensamientos negativos sobre ti mismo, por lo que al compararte con los demás te hace sentirte inferior y un 30% de los jóvenes dice sentirse así al compararse con otros.

15. PÉRDIDA DE ENERGÍA.

152 respuestas

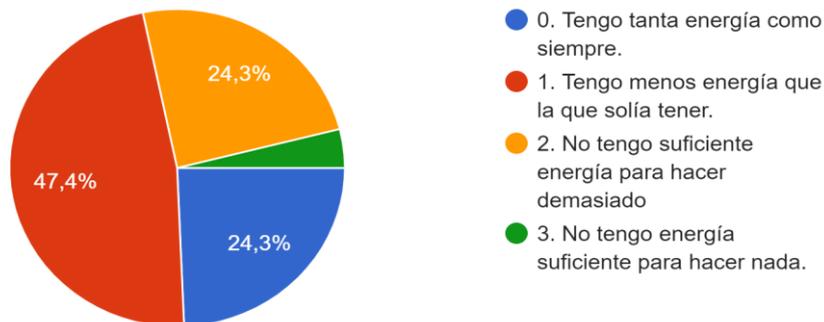


Ilustración 16: Síntoma de pérdida de energía. (Fuente: Elaboración Propia)

Cuando padeces depresión y también ansiedad, hay ocasiones en las que sientes que tu cabeza y tus pensamientos van muy rápido, pero tú no puedes moverte, sientes que te pesa todo el cuerpo y no tienes energía. Esto se refleja en la encuesta, ya que un 47,4% de los jóvenes siente que tiene menos energía que antes para hacer las cosas. Para que se vea la magnitud, podemos resaltar que es el mismo número de jóvenes los que han respondido que no tienen suficiente energía para hacer gran cosa, junto con los que tienen la misma energía y jovialidad que siempre.

16. CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DEL SUEÑO

152 respuestas

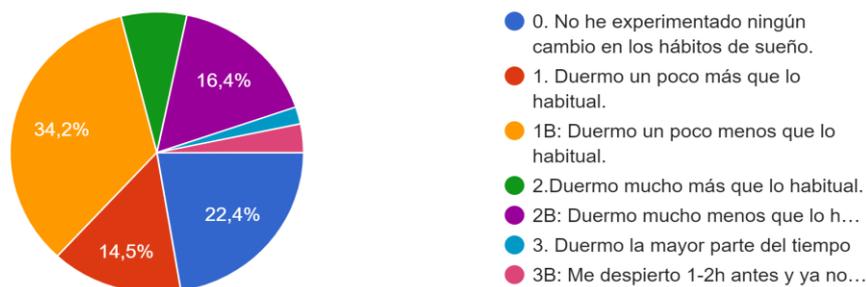


Ilustración 17: Síntoma de cambios en el sueño. (Fuente: Elaboración Propia)

Los cambios en el hábito del sueño pueden ser algunos de los síntomas más perjudiciales para los jóvenes y adolescentes, ya que puede influir directamente con el rendimiento escolar, tanto si tienen insomnio como si duermen una gran cantidad de horas. Un 22,4% de los jóvenes no ha experimentado cambios en sus hábitos de sueño, pero en cambio, un 14,5% afirma dormir un poco más que lo habitual y un 34,2% un poco menos. Podemos observar que un gran número de jóvenes podría padecer insomnio, ya que a ese 34,2% se suman los jóvenes que afirman dormir mucho menos que lo habitual (16,4%).

17. IRRITABILIDAD.

152 respuestas

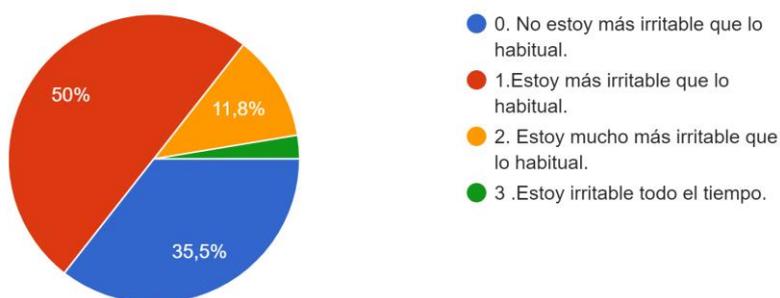


Ilustración 18: Síntoma de irritabilidad. (Fuente: Elaboración Propia)

Los cambios de humor y sobre todo la irritabilidad en los jóvenes es uno de los síntomas clave para diagnosticar la depresión. En este caso, un 64% de los jóvenes ha notado más irritable su estado de ánimo, de los cuales un 11,8% admite estar mucho más irritable que normalmente, frente a un 35,5% de los jóvenes que no han notado ningún cambio de humor.

18. CAMBIOS EN EL APETITO.

152 respuestas

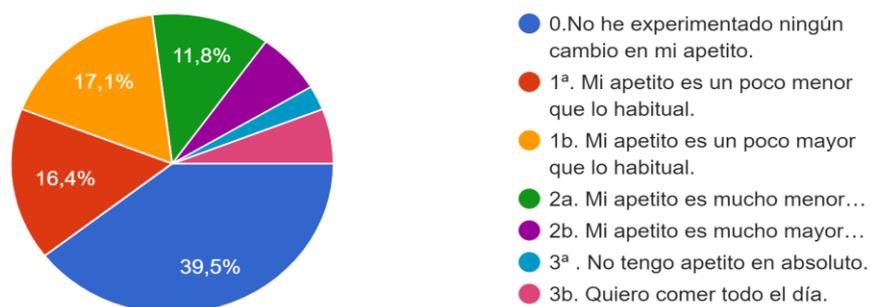


Ilustración 19: Síntoma de cambios en el apetito. (Fuente: Elaboración Propia)

Los cambios en el apetito o los cambios en los hábitos diarios son algunos de los síntomas que también padecen los jóvenes con depresión. Cambios en las dietas, restricciones, atracones, comer siempre comida basura porque no tienes fuerza para hacerte la comida. 60 jóvenes no han experimentado ningún cambio en su apetito, mientras que 25 lo han visto un poco disminuido y 25 un poco aumentado, son cambios ligeros. Unos 18 jóvenes sí que han visto muy disminuido su apetito y unos 10 muy aumentado.

19. DIFICULTAD EN LA CONCENTRACIÓN.

152 respuestas

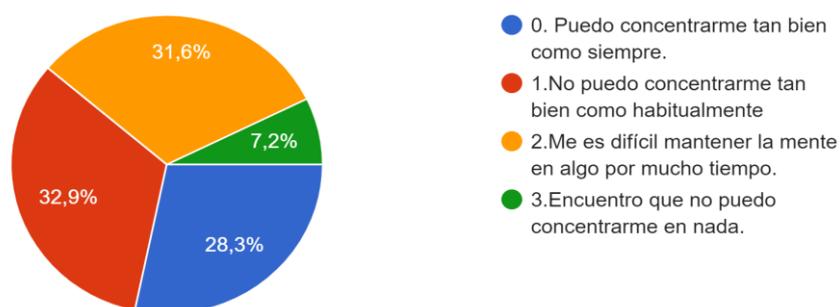


Ilustración 20: Síntoma de dificultad en la concentración. (Fuente: Elaboración Propia)

La dificultad de concentración está muy relacionada con la pérdida de interés por las cosas y con el insomnio. Esto es normal, ya que, si por ejemplo no duermes la noche anterior bien o tienes pensamientos intrusivos en tu cabeza, difícilmente puedas concentrarte o prestar atención a lo que estás haciendo. Además, la depresión y la ansiedad también influyen en la pérdida de memoria y hace que centres tu foco de atención en tu malestar, aumentando la apatía. Un 28,3% de los jóvenes no ha notado cambios en su concentración, mientras que un 32,9% sí. Un 31,6% de los jóvenes no puede tener la mente ocupada en algo mucho tiempo y un 7,2% admite no conseguir concentrarse en nada.

20. CANSANCIO O FATIGA.

152 respuestas

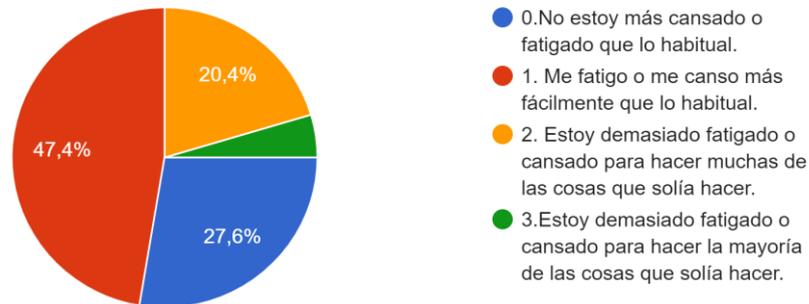


Ilustración 21: Síntoma de cansancio o fatiga. (Fuente: Elaboración Propia)

Estos síntomas, igual que la falta de concentración van ligados al insomnio, ya que como describíamos antes, si duermes poco y mal, vas a estar cansado al día siguiente, y así todos los días. Además, la depresión hace que te muevas poco, por lo que eso hace que se consuma tu energía más rápido y al final actúa como un efecto contrario: cuanto menos haces, más cansado estás. De los jóvenes un 47,4% se cansa más fácil que habitualmente y un 24% ya no hace ninguna actividad porque se siente demasiado cansado para hacerlas. Sólo un 27,6% de la muestra no se notan más fatigados.

21. PÉRDIDA DE INTERÉS EN EL SEXO.

152 respuestas

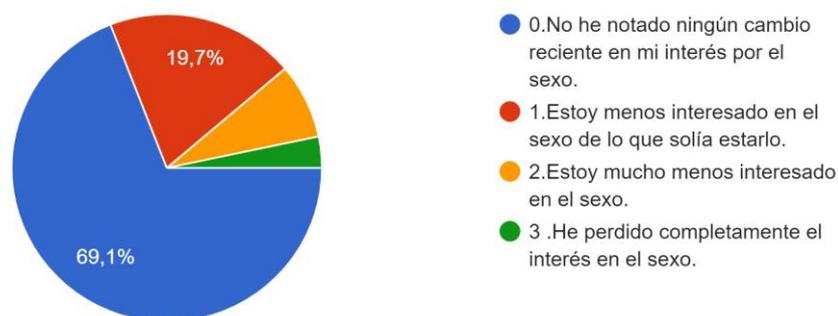


Ilustración 22: Síntoma de pérdida de interés en el sexo. (Fuente: Elaboración Propia)

La bajada de la libido y por tanto la pérdida de interés en el sexo también es uno de los síntomas frecuentes en los adolescentes. Esto también puede causarlo el consumo de drogas o de alcohol, conductas que también son frecuentes entre los jóvenes. En el cuestionario, este ha sido uno de los síntomas menos

frecuentes, ya que un 69,1% de los jóvenes está tan interesado en el sexo como siempre, frente a un 19,7% que sí que ha notado que está menos interesado. Sólo un 19,7% admite estar mucho menos interesado en el sexo y un 3,3% haber perdido el interés totalmente.

Por último, quería investigar acerca del estigma que se tiene hacia la Salud Mental y el miedo que se tiene a acudir al psicólogo y para ello, añadí una última pregunta al cuestionario, preguntándoles a los jóvenes *si alguna vez habían acudido a terapia o habían pensado en hacerlo*, y lo que respondieron fue lo siguiente:

Como pregunta final, ¿Has acudido alguna vez a un profesional de salud mental?
152 respuestas

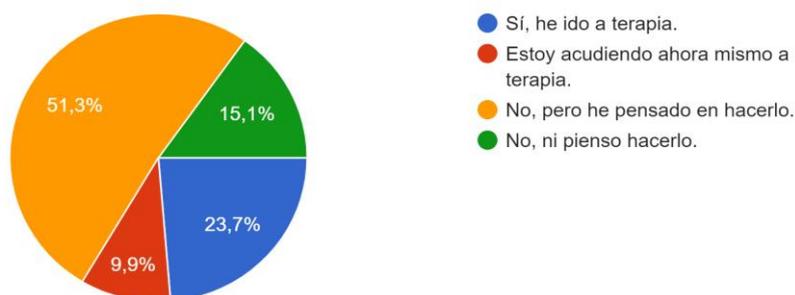


Ilustración 23: Gráfico de respuestas.

Cómo vemos, 36 de los jóvenes alguna vez sí que ha acudido a terapia, pero 15 jóvenes están acudiendo ahora mismo, mientras que 23 dicen que nunca acudirían a un profesional en busca de ayuda.

Con estos resultados, vemos que hay una gran parte de los jóvenes que sufre en algún aspecto, pero hay algunos síntomas que resaltan en frecuencia entre los demás: El pesimismo, los sentimientos de culpa, la autocrítica, la agitación o nerviosismo, la pérdida de interés por las cosas que antes nos motivaban o solíamos hacer, la pérdida de energía, los cambios en los hábitos de sueño con tendencia a dormir menos y en consecuencia dificultad en la concentración y cansancio, así como estado de ánimo irritable.

Con todos los datos de cada individuo que ha contestado a este test, he realizado un sumatorio de los puntos de cada pregunta para obtener la puntuación que ha tenido cada uno en su test y así, observar qué porcentaje de jóvenes tiene depresión y poder confirmar mi hipótesis, o, por el contrario, ver si estoy equivocada y la depresión no es una enfermedad tan común entre los jóvenes actuales.

Los resultados obtenidos de una tabla de Excel son los siguientes:

33	13	9	16	23	4
4	16	37	31	4	5
9	17	29	19	24	5
4	8	19	29	27	6
28	16	22	12	4	11
11	31	20	34	8	4
20	7	11	12	15	7
15	10	13	21	17	28
48	17	51	28	8	5
21	3	20	4	4	15
5	0	8	11	15	22
9	22	14	19	7	15
11	17	10	14	9	26
5	28	12	19	2	13
11	0	28	24	4	12
22	13	17	12	4	20
13	14	23	25	19	14
4	35	17	29	7	12
17	33	35	8	3	28
13	8	3	34	22	24
12	29	25	13	49	31
12	11	42	25	4	10
23	25	8	9	5	24
14	9	13	18	5	26
33	20	31	9	6	26
10	11	25	5	11	30

Ilustración 24: Resultados del cuestionario e inventario de Beck BDI-II. (Fuente: Elaboración Propia)

Los valores y rangos para determinar el grado en este test son los siguientes:

- Mínima depresión (0-13)
- Depresión Leve (14-19)
- Depresión Moderada (20-28). En este punto el joven ya debe buscar ayuda profesional.
- Depresión Grave. (29-63)

Observando los resultados obtenemos las siguientes conclusiones:

- 71 jóvenes (46,7%) sufre una mínima depresión o no llega a tener sintomatología clara de depresión
- 27 jóvenes un (17,76%) está dentro de la sintomatología de padecer depresión leve.
- 33 de los jóvenes (21,71%), un gran número, padece depresión moderada. En este punto, estos jóvenes deberían acudir a un profesional para que les ayude a calmar estos sentimientos y pensamientos tan negativos y catastróficos.
- Por último, 21 jóvenes, alrededor de un 13,81% de todos los encuestados padece de depresión grave, dato que me parece bastante elevado, debido a que este es el estado de la depresión más profundo y el que peor consecuencia tiene para la persona.

7.2: DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

Las respuestas que me proporcionó la psicóloga profesional me han servido para alcanzar mis objetivos que eran comparar, afirmar o refutar toda la teoría que he ido leyendo y encontrando para el marco normativo de diferentes autores y organizaciones y la forma en la que se interviene con este colectivo desde el ámbito profesional. Con ellas, he conseguido responder y apoyar mi hipótesis.

Lo que más quiero destacar en este punto, es que gracias a la entrevista con Samara he conseguido saber y conocer más como se interviene con jóvenes que padecen depresión desde otros campos diferentes al Trabajo Social. En general, a lo largo del trabajo me ha sido muy difícil encontrar información sobre los protocolos o las intervenciones que se llevan a cabo con este colectivo y sobre la manera de trabajar con ellos, por lo que esta entrevista me ha hecho conocer en profundidad y desde una intervención directa *su modus operandi*. Por esto, en este apartado quiero referenciar los fragmentos de entrevista en los que Samara nos cuenta la forma en la que los jóvenes llegan a su asociación, que técnicas utiliza y un poco el procedimiento con cada joven, para así complementar el epígrafe de este trabajo “¿Cómo se interviene desde el equipo multidisciplinar con jóvenes con depresión?”

Lo primero que me interesaba era como llegaban los jóvenes a su institución, si eran derivados o llegaban por su propio interés, a lo que ella me respondió:

“-Samara: Tenemos personas que nos encuentran a través de las redes sociales, personas que se enteran a través de difusiones o publicaciones que hacemos, por ejemplo, el Día Mundial del suicidio, escribí una guía para el Heraldo de Aragón e hicimos unas jornadas, que se publicaron en los diferentes colegios profesionales pues nos ha llegado gente de estos perfiles profesionales, ya que hay que tener en cuenta que toda la parte sanitaria estamos muy saturados con el COVID-19. También tenemos jóvenes que nos conocen del “boca a boca”, amigos que se recomiendan entre ellos, gente que busca recursos o información en internet y le sale AFDA, gente derivada del hospital...”

La coordinación entre los centros de salud, los servicios sociales y estas asociaciones es fundamental, y así como a ellos les llegan jóvenes derivados de otras instituciones, si alguno de estos jóvenes ellas ven que no le pueden tratar o que ese no es el mejor sitio, se ponen en contacto con alguna institución donde podrá recibir una mejor ayuda y se le deriva. El proceso es así:

-Samara: ...Sí que es verdad que, en la primera entrevista, si detectan alguna patología, nosotros no trabajamos con ningún trastorno mental grave, por lo que, si detectan algún caso de esquizofrenia o bipolar, lo derivan.

-Julia: ¿Y cómo es esta derivación? Porque claro, hay mucha gente que acudirá en busca de ayuda y se encuentra con que allí no lo podéis tratar. ¿Cómo hacéis esto?

-Samara: Pues la persona con la que ha hecho la primera entrevista le buscaría el mejor recurso o incluso a veces, si en la primera entrevista no pasan ese filtro, si nosotras más adelante vemos que aquí no le podemos ayudar porque tiene algún trastorno más grave, hablamos con esa persona y con toda la naturalidad del mundo le decimos que aquí no es el mejor sitio para tratarse y ya le damos las posibles derivaciones. Incluso en algunos pacientes en concreto, para que no tengan esa sensación de "abandono", lo que hacemos es ponernos en contacto directamente con profesionales de la institución para comentarles el caso personalmente, presentarles, es más hacer el proceso de derivación con él.

Una vez que ya son atendidos en esta institución, se realiza una primera entrevista de 30 minutos con el trabajador social dónde este le presenta un poco la asociación, en qué consiste, la manera de trabajar, los recursos que tiene...además de escuchar su historia personal. Después valora su situación y dependiendo de su historia deriva al joven con el terapeuta que más encaje con sus necesidades. En las primeras sesiones con los psicólogos se exploran los valores del joven, sus motivaciones y se hacen análisis funcionales antes de empezar el tratamiento. (Samara, transcripción de entrevista completa en el Anexo I). Respecto a los instrumentos y técnicas, en AFDA no utilizan instrumentos de medición como test, sino que trabajan con la terapia de aceptación y compromiso. Esta terapia está centrada en la aceptación psicológica y en los valores personales, utilizando la técnica de las metáforas. Estas metáforas consisten en presentarle al paciente alguna situación u experiencia que le resulten cercanas, mientras se le plantean diversas soluciones a este problema. Normalmente el paciente escucha estas historias y las revive en su piel, entonces cambia su conducta. Es una técnica bastante usada por los psicólogos y cuantas más metáforas conozcas al final más puedes adaptar a cada paciente. (Samara, entrevista transcrita en el Anexo I)

Una parte fundamental de la intervención en la salud mental es la prevención, sobre todo y muy importante en la educación. A lo largo de este trabajo hemos visto que ésta es escasa, aunque se intenta implementar, pero en la práctica no se consigue. Samara, en la entrevista, explica que ella cree que se está intentando hacer prevención, pero no se tienen herramientas suficientes.

8.DISCUSIÓN

Según (Voltas y Canals,2018), este trastorno es más común en mujeres que en hombres, y es más común que se inicie al final de la adolescencia. Sin embargo, Samara Sáez, psicóloga especializada en jóvenes con depresión, afirmó que, en estos últimos meses, tenía igual número de demanda de varones que de mujeres. (Transcripción de la entrevista completa en el Anexo I).

Analizando los datos, sí que es cierto que me ha sorprendido el número de jóvenes que han obtenido una puntuación menor en el test, porque creía que los jóvenes habían notado más cambios en su conducta o en sus emociones en estos meses, pero es un dato que me alegra. Aun así, también me ha sorprendido el número de jóvenes que está dentro de padecer una depresión moderada, ya que es un número tanto elevado y no es algo que pueda dejarse pasar, ya que la evolución de la enfermedad puede ir rápido y después estar muy cronicada y sea más difícil de tratar. Comparando los datos, considero que sí que ha aumentado el número de jóvenes con depresión, ya que, si sumamos los datos de las tres depresiones, en conjunto, hay más jóvenes que padecen algún trastorno mental que los que no, sea leve, moderado o grave. La depresión, esté en la fase que esté, hay que tratarla, incluso prevenirla cuando no haya síntomas, ya que sólo así haremos que no aparezca. Cuando un joven siente que tiene síntomas de depresión, por pequeños que sean, debe buscar ayuda para evitar que eso se convierta en un problema más grande. Pero ¿por qué los jóvenes hoy en día no buscan ayuda en profesionales y no acuden a los psicólogos o trabajadores sociales especialistas en el tema?

En la *Ilustración 24* observamos el gráfico de jóvenes que han acudido o no a terapia y el dato que más me interesa son los 78 jóvenes que han admitido que nunca han ido pero que alguna vez han pensado en hacerlo. Esto me hace pensar, ya que seguramente, algunos de estos 78 jóvenes son los que han obtenido una alta puntuación en el test, por lo que puede que estén padeciendo de depresión y por el estigma que se tiene hacia el psicólogo, o hacia las enfermedades mentales no se busque ayuda. En mucha parte, también se debe a que, a la hora de intentar acceder al psicólogo de la Seguridad Social, o a una atención primaria, te dan la cita muy lejana incluso hasta tres meses, por lo que eso hace que muchos jóvenes desistan. Por esta falta de atención en la salud pública, es importante que existan algunas asociaciones tanto privadas como sin ánimo de lucro, donde trabajan profesionales expertos en esos ámbitos y te dan una ayuda más temprana y más individualizada. En la ciudad de Zaragoza, existen varias Asociaciones que trabajan con jóvenes que padecen depresión como lo son AFDA (donde trabaja Samara, la psicóloga entrevistada) ANAED o ASAPME.

Encontramos también una respuesta a esto en la entrevista a Samara, cuando nos explica algunos de los motivos que llevan a los jóvenes a no acudir a terapia:

-Samara: Si, puede ser el tema de que la gente piense que están locos o yo también me he encontrado con pacientes que están muy cronificados y por dentro pienso "tendrías que haber venido antes", pero nunca se ven lo suficientemente mal, es como "voy a esperar un poquito más que yo creo que puedo aguantar" hasta que al final sienten que se desmorona su vida y realmente no pueden aguantar y es cuando acuden. También les influye mucho el pensamiento de "no quiero preocupar a mis padres" o "no quiero asustarlos", como si los padres no se dieran cuenta.

-Julia: Bueno, hay padres que pueden no darse cuenta, si por ejemplo no tienen una buena relación con sus hijos o niegan lo evidente. ¿Sabes si hay muchos que acuden sin que los padres lo sepan?

-Samara: Si son menores necesitamos autorización, por lo que ellos no, pero hay algún joven que sí. Además, hay muchos que utilizan una excusa típica para que se la crean sus padres y así acudir a terapia, pero cuando hablamos me dicen que en realidad les pasan muchas más cosas.

-Julia: ¿Eso puede ser porque no tienen la suficiente confianza con sus padres?

-Samara: Sí o porque les da miedo preocuparles o agobiarles, o que los padres vayan a estar luego muy encima. (Fragmento de la entrevista a la psicóloga Samara, transcripción completa en el Anexo I)

En mi opinión, que los jóvenes no acudan a terapia también se debe a la escasez de oferta en la salud mental y mucha demanda y que, si se trabajara más en esos puntos desde las políticas públicas, mejoraría en calidad la salud de la población, porque lo tendría más accesible.

Así que podríamos concluir, con que hay diversos factores, sobre todo el estigma social que se tiene, acerca de acudir al psicólogo. Factores como los prejuicios o las miradas sociales, así como el "no querer crear situación de alerta hacia sus padres", o que la gente probablemente pensará que está loco. Pero aquí me gustaría aclarar que acudir al psicólogo no es estar loco, es cuidar tu mente igual que cuidas tu cuerpo acudiendo al doctor, hoy en día todo el mundo debería acudir en busca de ayuda de diferentes profesionales, aunque no tengan ningún diagnóstico, simplemente para que les proporcione herramientas para saber manejar el día a día mejor, así como las situaciones que le producen malestar. Además, el psicólogo siempre va a ser parte de un equipo multidisciplinar, por lo que es bueno que seas tratado por los diferentes profesionales.

Además, Samara incide en el estigma y en la poca psicoeducación existente en nuestra sociedad, relacionando este fragmento con el punto de este trabajo "Salud Mental como tema tabú entre los

jóvenes”, cuando nos dice que” *Es cierto que, aunque hayamos avanzado sigue sin haber psicoeducación de nada. Hoy en día es “no llores”, “llorar no sirve de nada”, “es de débiles o cobardes” e ir al psicólogo es estar “loco”, eso lo veo a diario. Y es verdad que veo más estigma en los adolescentes que en la gente más mayor, creo que en la generación de los de 25 a 50 años está mejor visto el psicólogo que en los jóvenes”.*

A lo largo del trabajo he explicado con las teorías de diferentes autores que la depresión es una enfermedad multifactorial, es decir, que puede ser desencadenada por varios factores. Existen factores de riesgo que pueden incidir y agravar en la enfermedad, los que pueden ser sociales, biológicos, psicológicos o contextuales, así como existen unos factores de protección que son beneficiosos para la persona que padece la enfermedad, por lo que hay que trabajar para proteger esos factores y potenciarlos. Samara, incidía en el contexto que se genera alrededor del joven como lo más perjudicial cuando le pregunté sobre los factores de riesgo:

-Julia: ¿Crees que hay algún factor clave que puede incidir en agravar más el trastorno de la depresión o todos afectan por igual?

-Samara: Yo diría el contexto que se genera. El que hay también es muy importante, pero el que se genera es muy importante, como el ir abandonando las relaciones interpersonales, los momentos de ocio, si no contamos con una buena red de apoyo, o la propia gente de nuestro alrededor que nos invalida por estar mal. Yo creo que todo eso hace que poco a poco te vayas encerrando, a más te encierras más rumias y cuantas más rumias estás peor... es un poco el círculo vicioso, o sea, vas dejando pasar el tiempo y al final es peor, por lo que dejar de relacionarte si lo más importante del mundo para mí, bajo mi punto de vista. (Fragmento de la entrevista a la psicóloga Samara, entrevista completa en el Anexo I)

Según Samara, lo que más influye en la depresión son los factores ambientales o contextuales que rodean al niño y sobre todo el deterioro de las relaciones con los iguales o con la familia, el abandono por estar triste y nada motivado, hasta tal punto de quedarte en casa y alejarte de todos éstos. Este contexto generado por los síntomas es lo que más influye en el estado de ánimo del niño, así como en su salud mental, ya que pasas la mayor parte del tiempo solo tú con tus pensamientos y cuando sientes a tu mente como una cárcel donde te torturas, no puedes escapar de ella.

9.LIMITACIONES

Hay que recalcar que no se pueden generalizar los resultados obtenidos en esta investigación a toda la población en general, ya que la muestra que he utilizado ha sido pequeña y algo sesgada debido a que los jóvenes que contestaron la encuesta eran conocidos de mis redes sociales o de mi círculo social cercano. No se puede afirmar del todo la hipótesis de que los jóvenes de hoy en día están mas deprimidos, porque para poder observar y analizar bien esto, habría que seguir con esta línea de investigación haciendo encuestas mucho más masivas, a todos los jóvenes de la provincia de Aragón, por ejemplo, así como separadas en el tiempo. Es decir, debería hacerse un estudio en un momento determinado y volver a realizar ese estudio un tiempo después, comparando los resultados de ambas encuestas para analizar así la hipótesis al completo y mucho más generalizada y real.

Debido a la situación actual de pandemia, no he podido realizar más que una entrevista a una profesional y ha tenido que ser por teléfono, pero lo ideal sería que para lograr investigar bien como se interviene desde el equipo multidisciplinar se realizaran entrevistas a profesionales de diferentes campos de la salud mental, para así tener un estudio más completo.

10.CONCLUSIONES.

Como principal conclusión diré que me ha resultado bastante difícil encontrar información específica sobre juventud y depresión, ya que poca parte de la información que encontraba se basaba en este colectivo. En general sobre Salud Mental hay pocos estudios, pues en población adolescente todavía menos sobre todo información específica relacionada con la intervención de los profesionales, lo que me hace recalcar todavía más lo olvidada que está la Salud Mental en nuestra sociedad.

Es fundamental trabajar y estudiar cómo incide la depresión en esta etapa de la vida, primero porque estudios sobre la edad adulta ya existen bastantes, al contrario que de la infancia y juventud y segundo porque es una etapa donde se experimentan las primeras las primeras responsabilidades sensaciones y responsabilidades, así como las presiones, tanto positivas como negativas y no todo el mundo las sobrelleva de la misma manera, suceden también los mayores cambios hormonales y psicológicos, así como de conducta y se da el gran paso a la madurez y a la autonomía. Es por este aceso constante que son más vulnerables a sufrir algún trastorno mental, por lo que hay que detectar los factores de protección y de riesgo y trabajar sobre ellos, para que así sea más fácil la intervención.

La sociedad que tenemos actualmente con sus diferentes sistemas alardea de promover e implementar una adecuada Salud Mental, pero en la práctica vemos que esto no es así. Hay poca cobertura de profesionales, así como de profesionales jóvenes que trabajan en sí mismos y en su propia psicoeducación, para así comprender mejor a sus pacientes e intervenir mejor. Todos los diferentes profesionales y en concreto los Trabajadores Sociales que lleguen a trabajar en este ámbito, deben recibir una formación suficiente para poder desenvolverse bien en este ámbito, ya que es esencial para desarrollar programas de prevención o detectar posibles casos.

Por último, me gustaría abogar por una Salud Mental pública al alcance de todos, que haya más plazas para profesionales de diferentes ámbitos para que así la cobertura sea mayor y no haya tantas listas de espera, ya que este motivo hace que muchos adolescentes desistan a la hora de pedir ayuda. Si entre todos (sanidad, política, educación) conseguimos llevar a la práctica lo que en la teoría se pretende instaurar, haremos una sociedad más sana, con mejor calidad de vida y con menos problemas.

11. BIBLIOGRAFÍA:

-Álvarez, M., Juegas, R., García, B., & Otero, B. (2020, febrero). Salud mental, depresión y trabajo social sanitario. *Ocronos*.

-American Psychiatric Association - APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Washington DC.

- Aneshensel, CS y Sucoff, CA, *The neighborhood context of adolescent mental health Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 37, N.º 4 (1996): 293-310.

-Aznar Avedaño Elena y Ángeles Berlanga Adell (2004): *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador*, Madrid: Ediciones Pirámide.

-Bourdieu, P. (2000), *Cuestiones de sociología*, Madrid, Istmo.

-Canals, J.; Hernández-Martínez, C.; Sáez, M., y Arija, V. (2018). "Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: ¿Has there been an increase in the last 20 years?". *Psychiatry Research*, 268, pp. 328-334.

-Casañas, R., & Lalucat, L. (2018, septiembre). Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud: Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: Panorama actual, recursos y propuestas*, 121. http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/injuve_121_web.pdf#page=119

-Comisión de las Comunidades Europeas (2005) *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en Materia de Salud Mental*. Bruselas.

- Consejo de ministros & Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013–2016*. https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/II_PLAN ESTRATEGICO INFANCIA.pdf

- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

- Del Barrio, V. (2010). *La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo*. Información psicológica, 100, 49-59.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 15 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002
- Dilo todo contra el bullying. (2021, 29 abril). *Estudio*. TOTTO <https://dilotodocontraelbullying.es/estudio>
- Domínguez, Laura (2008), "La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades", en *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, vol. 4, núm. 1, pp. 69-76, <http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf>
- FEAFES GALICIA. (2010). *¿Qué es la enfermedad mental?* Federación de Asociaciones de Familiares y Personas Con Enfermedad Mental de Galicia. <https://feafesgalicia.org/ES/content/que-es-la-salud-mental>
- Galicia, I.X., Sánchez, A. y Robles, F.J. (2009). *Factores asociados a la depresión en adolescentes: rendimiento escolar y dinámica familiar*. *Anales de psicología*, 25 (2), 227- 240.
- Gobierno de Aragón. (2002). *Plan Estratégico 2002–2010 de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón*. Recuperado de https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PLAN_ESTRATEGICO_2002_2010_ATEN_SALUD_MENTAL_COMUNIDAD_AUTONOMA_ARAG_2002.pdf/d00887fe-1f73-b6c3-90d7-f9accee6fcfc
- Gobierno de Aragón (2017). *Plan de Salud Mental 2017-2021*. Servicio aragonés de salud, departamento de sanidad. Zaragoza, España. Recuperado el 20 de julio de 2018 de, http://www.aragonhoy.net/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_PSM_17_21_25b1b4fa%232E%23pdf
- González, B., & Rego, E. (2006). Problemas emergentes en la salud mental de la juventud. *Recuperado de: http://www.injuve.es/sites/default/files/salud_mental_de_la_juventud.pdf*
- Hernández, B. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo: Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social*, 152.
- Houtman, I. (1999a). Trabajo y Salud Mental. En M. Kompel (Ed.), *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. (p. 5.2-5.5). <https://www.insst.es/documents/94886/161958/Cap%C3%ADtulo+5.+Salud+mental>

- Ley 14/1986 del 25 de abril, General de Sanidad: España. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. BOA y BOE. Comunidad Autónoma de Aragón, 20 de abril de 2002. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-9667-consolidado.pdf>

- López, C, Pava, L; Quiñonez, M. (2020) *Protocolo de Prevención en Salud Mental para la Depresión*. Universidad cooperativa de Colombia. Bogotá.

- Lozano, M. (2003), "Nociones de juventud", en *Última década*, núm. 18, pp. 11-19, <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/195/19501801.pdf>> [consulta: marzo, 2011]

- Margulis, M y Urresti, M. *La crisis argentina y su dimensión cultural*. Sociedad. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Núm. 15, diciembre, 1999

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/aboutus/universal-declaration-of-human-rights>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020, 30 enero). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2020, 28 septiembre). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- Organización Mundial de la Salud. (2005) *Declaración europea de promoción de la Salud Mental*. Helsinki. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/DeclaracionHelsinki.pdf>

- Osorio, M (2015). *Factores de riesgo y protección de la depresión infantil: una revisión bibliográfica*. Trabajo final de Grado. Universidad de Jaén. Jaén.

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 16 de septiembre de 2006, num 222.

-Rey, J., & Bella, T, Liu, J. (2015). Depresión en niños y adolescentes. *Manual de la Salud Mental Infantil y Adolescente*. (pp. 1–40). IACAPAP

-Servicio Aragonés de Salud. (2003). *Programa de Rehabilitación y Reinserción psicosocial en salud mental*. Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón. Recuperado de: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PROGRAMA_REHABILITACION_REINSERCIÓN_PSICOSOCIAL_SALUD_MENTAL_2003.pdf/95215167-5230-f893-b5ff-7e947612b22f

-Servicio Aragonés de Salud. (2003). *Programa de atención a la salud mental infanto-juvenil*. Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón. Recuperado de: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PROGRAMA_ATENCIÓN_SALUD_MENTAL_INFANTO_JUVENIL_2003.pdf/5f2dda45-7430-221d-9825-f9a710058535

-Santirso Ruiz, M. (2005). *Legislación Sobre Salud Mental y Derechos Humanos*. Asturias, https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/145822-trastornos_depresivos1.pdf

-Voltas, N. & Canals, J. (2018). La depresión en la adolescencia: ¿Un problema enmascarado? *Revista de Estudios de Juventud*. 121, 25-43.

ANEXO 1:

-Julia: Hola, Samara.

-Samara: Hola Julia, ¿qué tal?

-Julia: Bien, estoy en casa, ¿tú puedes hablar bien? Bueno; era un poco preguntarte, ya que realizo mi TFG sobre la depresión en jóvenes y quería saber un poco, pues como se interviene, desde la psicología y desde el trabajo social, para que me cuentes un poco, tengo algunas preguntas preparadas, pero te las iré haciendo conforme hablemos.

-Samara: Genial.

-Julia: ¿En la asociación, trabajáis con jóvenes verdad?

-Samara: En la asociación trabajamos con todo, es decir; tenemos desde niños que tengan adquirido el habla ya, hasta personas de tercera edad, más mayores.

-Julia: Es que yo trabajo lo voy a enfocar un poco más en los jóvenes.

-Samara: Si, es que yo soy la psicóloga junto con Sefora, y las dos estamos especializadas en población infanto-juvenil. Entonces en cuanto entre un caso de una población más o menos entre los 6 hasta los 30 que es hasta cuando nosotros consideramos que son jóvenes, aunque depende mucho del perfil. En AFDA lo que hacemos es que se hace primero una primera entrevista que es gratuita y son 30 minutos, más o menos y esta se realiza con el trabajador social, y lo que hace ahí el trabajador o la trabajadora social es presentar un poco la asociación, en qué consiste, los recursos que tiene...y luego también escuchan la historia personal de cada uno, entonces dependiendo de su historia personal se deriva con el terapeuta con el que más vaya a encajar o que más cumpla un poco sus demandas. Por lo que si en esa entrevista, es población joven o una temática relacionada con esto, pues imagínate que tiene 35 años, pero lo ven con menos madurez mental quizá, entonces ya hacen la derivación.

-Julia: ¿Y ahí ya os lo derivan a vosotras?

-Samara: Si, eso es. Con mi compañera y conmigo es un poco indiferente, aunque ella este un poco más especializada en la parte infantil, yo estoy más con el ámbito del suicidio, entonces al final dentro de este campo, cada una despunta un poco más en alguna cosa. Pero, por ejemplo, si es una depresión o una ansiedad normal, lo podemos tratar cualquiera de las dos, es más quien tenga un hueco antes.

-Julia: Y los jóvenes que llegan, ¿son derivados de alguna institución o del hospital o cómo llegan hasta la institución?

-Samara: Pues tenemos de todo, tenemos personas que nos encuentran a través de las redes sociales, personas que se enteran a través de difusiones o publicaciones que hacemos, por ejemplo, el Día Mundial del suicidio, escribí una guía para el Heraldo de Aragón e hicimos unas jornadas, que se publicaron en los diferentes colegios profesionales pues nos ha llegado gente de estos perfiles profesionales, ya que hay que tener en cuenta q toda la parte sanitaria estamos muy saturados con el COVID-19. También tenemos

jóvenes que nos conocen del “boca a boca”, amigos que se recomiendan entre ellos, gente que busca recursos o información en internet y le sale AFDA, gente derivada del hospital...un poco de todo la verdad.

-Julia: Vale. ¿Y cuando el paciente llega, según el grado que presente depresión es un protocolo de actuación u otro? ¿O más o menos al principio es un poco para todos lo mismo?

-Samara: Pues verás, es que es muy difícil estandarizar, de hecho, nosotros en la asociación uno de nuestros pilares básicos en todos los sentidos, a nivel de grupos, niveles individuales, a nivel de trabajadores, una de las premisas de AFDA es la flexibilidad. Entonces sí que es cierto que nosotros no trabajamos con patrones rígidos; si no que lo que más funciona es ser flexible y adaptarse a las necesidades individuales.

-Julia: Por lo que entiendo, ¿no tenéis un protocolo marcado para cada grado o para cada trastorno digamos, ¿no?

-Samara: No, aunque personalmente, aunque la asociación se llame “Trastornos depresivos y de ansiedad” a mi es cierto que no me gusta utilizar para nada y sobre todo gente joven etiquetas, porque muchas veces es el propio reforzador de conducta. Es decir, si por ejemplo yo quiero trabajar con ellos, por ejemplo, una fobia, al final lo que la persona tiene que ver es que la conducta de evitar esa fobia tiene un coste, si esa persona se justifica diciendo “Como yo soy tal, no lo hago...” Al final estamos reforzando la etiqueta y al final es muy difícil que vuelva a su vida normal.

-Julia: Si, al final es como: Bueno, si es que, si todo el mundo me está diciendo que tengo esto, o soy esto, pues será verdad que soy así.

-Samara: Si, eso es. Al final muchos piensan: “Es que soy así”, entonces como que bajan mucho los brazos, y eso no queremos que pase. Si que es verdad que, en la primera entrevista, si detectan alguna patología, aunque nosotros no trabajamos con algún trastorno mental grave, por lo que, si detectan algún caso de esquizofrenia o bipolar, lo derivan.

-Julia: ¿Y cómo es esta derivación? Porque claro, hay mucha gente que acudirá en busca de ayuda y se encuentra con que allí no lo podéis tratar. ¿Como hacéis esto?

-Samara: Pues la persona con la que ha hecho la primera entrevista le buscaría el mejor recurso o incluso a veces, si en la primera entrevista no pasan ese filtro, si nosotras más adelante vemos que aquí no le podemos ayudar porque tiene algún trastorno más grave, hablamos con esa persona y con toda la naturalidad del mundo le decimos que aquí no es el mejor sitio para tratarse y ya le damos las posibles derivaciones. Incluso en algunos pacientes en concreto, para que no tengan esa sensación de “abandono”, lo que hacemos es ponernos en contacto directamente con profesionales de la institución para comentarles el caso personalmente, presentarles, es más hacer el proceso de derivación con él.

-Julia: Pues eso está muy bien, porque muchos deben sentirse solos y así evitas el pensamiento de “nadie se acuerda de mí, no tengo arreglo...” un poco esa culpa ¿no?

-Samara: Exacto y luego todo es mucho más fácil para ellos también.

-Julia: Y respecto a los trastornos de ansiedad y depresión, ¿qué edades son las más comunes?

-Samara: Pues la verdad es que todas. Va un poco cíclico, porque sí que es verdad que ahora los adolescentes que van al instituto empiezan a estar peor en noviembre, para febrero repuntan y otra vez previamente a los exámenes finales de curso vuelven a caer, en torno a mayo-junio y en cuanto acaban mejoran su situación. Suele coincidir mucho con los estresores naturales del ciclo vital, pero las edades las tenemos todas. Si que ahora hemos tenido muchos pacientes de edades en torno a los 22-30 años y con la COVID y el confinamiento todavía más. Ha habido muchísima pérdida del sentido vital, porque ten en cuenta que a toda la gente de 18 o 20 años que le han prometido que la universidad va a ser una de las mejores etapas de su vida, por ejemplo y se han encontrado con que tienen que estar haciendo las clases desde sus casas y es normal que piensen “que hago con mi vida”

-Julia: Si, al final es como que les han roto los esquemas o las expectativas que tenían en muchos ámbitos de su vida que para ellos y para su crecimiento son importantes.

-Samara: Totalmente, lo has descrito muy bien. Al final nosotros a lo largo de nuestra vida vamos aprendiendo y adquiriendo una serie de esquemas y cuanto más mayores, nos hacemos más rígidos porque las reglas las hemos utilizado más tiempo y vemos que funcionan, por lo que cuanto más mayores, si nos rompen estos esquemas, nos es más difícil adaptarnos. Al final a la gente más mayor lo que nos ha pasado es que nos han quitado el tiempo de ocio, el ir a tomar algo con amigos, viajar, incluso hacer deporte, entonces es normal que muchos hemos visto que solo nos quedaban las obligaciones, y eso genera un estado de angustia muy alto.

-Julia: Si, decían que los que iban a sufrir más eran los niños, pero al final han sido super adaptativos, nosotros lo hemos sufrido más, también pienso que al ser más conscientes de todo. Volviendo un poco a los jóvenes, ¿en la terapia qué instrumentos utilizáis?

-Samara: Instrumentos de medición como test, no utilizamos. Nosotros trabajamos desde la terapia de aceptación y compromiso, por lo que utilizamos muchísimos recursos, principalmente, metáforas. Metáforas del tipo que sea, tanto de libros, de historias que nos inventamos nosotros mismos, en las reuniones las ponemos en común si han funcionado.

-Julia: ¿Podrías explicar un poco mejor en qué consiste el recurso de las metáforas?

-Samara: Las metáforas consisten en presentarle al paciente una experiencia que le resulte familiar o cercana mientras se le plantea una o varias soluciones al problema que presenta. El paciente, normalmente al escuchar esta metáfora, la asocia con un momento personal, normalmente por lo que está pasando y la revive entonces cambia su conducta. Es importante conocer bastantes, ya que así luego puedes adaptarlas más fácilmente, sobre todo a pacientes que padecen algún trastorno común.

-Julia: Qué interesante, es algo nuevo que yo personalmente conocía muy poco. Y respecto al tratamiento, cada persona necesita su tiempo diferente a los demás, ¿verdad?

-Samara: Si, totalmente, cada persona es un mundo. Por ejemplo, en las primeras sesiones lo que exploro son valores, ver lo que es lo que les mueve realmente, ver cuáles son los costes de la conducta, ver cuáles son los reforzadores, en cada caso se hacen análisis funcionales y en base a todo esto es cuando iniciamos un tratamiento. Con esto ayudamos a la persona a encontrar su dirección valiosa, generar empatía o motivación.

-Julia: Si, adaptar un poco la terapia también en función de lo que le mueve a la persona y de sus intereses, para así encontrar su motivación, ¿no?

-Samara: Eso es, lo que al final le vaya a resultar reconfortante de alguna forma natural para que no necesite de “caramelos”, si no que su propio ecosistema va a ser reforzante para él o ella.

-Julia: ¿Y trabajáis también la prevención con jóvenes que no presentan síntomas claros?

-Samara: Si, de hecho, hay gente que a mí me maravilla, que es gente que está bien y viene a buscar herramientas para gestionar mejor o para encontrarse mejor. Luego también hay un taller que se llama “CRECES” que realizamos mi compañera y yo que lo que hacemos es introducir un poco la psicoeducación en las aulas y vamos a clases tanto de primaria como de secundaria y vamos por los colegios e institutos haciendo el programa. Este programa se compone de talleres de mindfulness, maneras de gestión emocional, maneras de gestión del pensamiento, habilidades sociales y por ejemplo en las primeras sesiones trabajamos la psicoeducación emocional. Lo que buscamos al final no es identificar las emociones porque eso ya lo sabemos hacer, si no más hacerles ver que las emociones son útiles para su vida y que rechazarlas es luchar contra nosotros mismos.

También con el COVID lo que hemos hecho es concienciar, intentar psico educar en medidas higiénicas y sociales, pero también a través de valores que les importan. Por ejemplo, si yo no me hecho gel igual no pasa nada al principio, pero igual te pego el COVID y no pasa nada porque tienes dieciséis años, pero tienes abuelos y padres, entonces un poco a través de las cosas que más les importaban a ellos hemos hecho prevención. Al final aplicamos el lema de “CRECES” que es “la prevención es la mejor manera de intervención”

-Julia: Pues sí y además hace falta desde bien pequeños hablar de Salud Mental y sobre todo prevenirla.

-Samara: Sí porque es cierto que, aunque hayamos avanzado sigue sin haber psicoeducación de nada. Hoy en día es “no llores”, “llorar no sirve de nada”, “es de débiles o cobardes” e ir al psicólogo es estar “loco”, eso lo veo a diario. Y es verdad que veo más estigma en los adolescentes que en la gente más mayor, creo que en la generación de los de 25 a 50 años está mejor visto el psicólogo que en los jóvenes.

-Julia: Si además te lo quería preguntar porque pase un test, el BDI-II y mucha gente me respondió que había pensado ir en acudir a terapia, pero nunca había se habían atrevido a dar el paso y no sé muy bien porque, o sea me imagino porque pasa esto, y creo que es por el tabú que tenemos en esta sociedad acerca

de la salud mental, que ahora por ir al psicólogo ya te etiquetan como “bicho raro” o “loco”, pero me gustaría conocer tu opinión.

-Samara: Sí, el tema de la locura o yo también me he encontrado con pacientes que están muy cronificados y por dentro pienso “tendrías que haber venido antes”, pero nunca se ven lo suficientemente mal, es como “voy a esperar un poquito más que yo creo que puedo aguantar” hasta que al final sienten que se desmorona su vida y realmente no pueden aguantar y es cuando acuden. También les influye mucho el pensamiento de “no quiero preocupar a mis padres” o “no quiero asustarlos”, como si los padres no se dieran cuenta.

-Julia: Bueno, hay padres que pueden no darse cuenta, si por ejemplo no tienen una buena relación con sus hijos o niegan lo evidente. ¿Sabes si hay, muchos que acuden sin que los padres lo sepan?

-Samara: Si son menores necesitamos autorización, por lo que ellos no, pero hay algún joven que sí. Además, hay muchos que utilizan una excusa típica para que se la crean sus padres y así acudir a terapia, pero cuando hablamos me dicen que en realidad les pasan muchas más cosas.

-Julia: ¿Eso puede ser porque no tienen la suficiente confianza con sus padres?

-Samara: Sí o porque les da miedo preocuparles o agobiarles, o que los padres vayan a estar luego muy encima y yo siempre se lo digo a los padres, que calma, si su hijo se ve capacitado para contarle, ya lo contará.

-Julia: Eso en mi opinión también hace que ellos se cierren más.

-Samara: Sí, y algo que puede resultar interesante es que hay un pensamiento de que hay más mujeres que hombres acudiendo al psicólogo y en el caso de los jóvenes está la última temporada, se ha igualado bastante la cosa, tengo una proporción equilibrada de chicos y chicas.

-Julia: Bueno, eso está bien, nos hace ver un poco la luz en cuanto al estigma. A veces y sobre todo los chicos es como que se avergüenza. Volviendo un poco al tema de la prevención, he visto que hay poca prevención desde los colegios, veo que hace más falta la concienciación y prevención de algunos trastornos que son tan comunes como lo son la depresión, ansiedad o incluso el estrés, por ejemplo.

-Samara: Sí y no. Ósea sí que creo que se está intentando, pero el problema es que creo y estoy ya es mi opinión, pero lo creo de verdad y es que no tienen herramientas suficientes. Si que es cierto que ahora se ha incorporado mucho por ejemplo a carreras como magisterio la parte de psicología, pero no tenemos tampoco profesorado muy joven, entonces lo intentan y en las tutorías lo aprovechan, pero claro, partimos de una sociedad no psico educada, por lo que es muy difícil. Si que es cierto que esta la intención, pero no llega a cuajar del todo por eso mismo. Nuestra manera de actuar es un poco diferente, hacemos modelaje in situ y eso entiendo que los docentes más mayores no pueden hacerlo, pero creo que hay más fallo en el sistema educativo de no adquirir estas herramientas por norma general en la formación.

-Julia: Quizá también por la falta igual de profesionales especialistas en el tema, ¿no? Porque es lo que tú dices, ya igual con las nuevas generaciones que poco a poco vayamos saliendo de la de las carreras ya vamos a ser más jóvenes, quizá poco a poco vamos a ir introduciendo otra manera de educar.

-Samara: Yo creo y confío en que sí. Y si nosotros como jóvenes buscamos ese crecimiento personal, ese autoconocimiento, esa psicoeducación, tampoco habrá que hacer aposta el psicoeducar a los niños porque nos saldrá solo y natural. Si los profesionales no solo nos formamos, sino que también trabajamos en nosotros mismos podemos trasladar de una forma natural esto a nuestros pupilos o pacientes.

-Julia: Estoy de acuerdo, al final es eso, que, si tú no estás bien o no te conoces, cómo vas a conocer y ayudar a los demás.

-Samara: Si, exacto y a mí eso en pandemia me vino genial, porque cuando comenzamos las sesiones online, muchos de los pacientes me decían que se sentían mal y a mí me salía totalmente natural decirles que yo también estaba mal. Esto en muchas ocasiones les genera un pensamiento positivo, el de: "Pues si mi psicóloga está mal y se lo permite, porque voy a luchar yo contra esto, pues vamos a estar mal y ya está, no pasa nada". Con esto quiero que vean un poco que es algo normal, que todos sentimos, y que todos tenemos dificultades para gestionarlo. Con los jóvenes trabajo mucho así, les cuento algunas de las cosas que me pasan para normalizarlo y ellos lo ven, aprenden mucho por conducta de imitación y cogen mucha confianza con estas técnicas.

-Julia: Eso está bien porque también rompe un poco con la relación tan seria de profesional-paciente, al ver que te abres y cuentas cosas que estas pasando tú que igual pensaban que solo lo sentían ellos, deben aprender mucho. Y, por último, ¿crees que hay algún factor clave que puede incidir en agravar más el trastorno de la depresión o todos afectan por igual?

-Samara: Yo diría el contexto que se genera. El que hay también es muy importante, pero el que se genera es muy importante, cómo el ir abandonando las relaciones interpersonales, los momentos de ocio, si no contamos con una buena red de apoyo, o la propia gente de nuestro alrededor que nos invalida por estar mal. yo creo que todo eso hace que poco a poco te vayas encerrando, a más te encierras más rumias y cuantas más rumias estás peor... es un poco el círculo vicioso, o sea, vas dejando pasar el tiempo y al final es peor, vais dejarme relacionarte si lo más importante del mundo para mí bajo mi punto de vista.