



**TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL
“DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN JÓVENES DE 11 A 17
AÑOS”**

Autora:

Olga Ibáñez Cazorla

Tutora:

Gema Ruiz López del Prado

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
CURSO 2016-2017

Fecha de entrega: 21 de Junio de 2017

***“Los niños son el recurso más importante del mundo
y la mejor esperanza para el futuro”***

John Fitzgerald Kennedy.

ÍNDICE GENERAL

1. RESUMEN/ ABSTRACT	6
2. INTRODUCCIÓN.....	8
3. OBJETIVOS	19
4. MATERIAL Y MÉTODO.....	20
5. RESULTADOS	26
6. DISCUSIÓN.....	31
7. CONCLUSIONES.....	34
8. BIBLIOGRAFÍA.....	36
9. ANEXOS.....	38
9.1. Declaración de confidencialidad	38
9.2. Modelo de autorización.	39

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DEFUNCIONES POR CAUSA, SEXO Y EDAD.....	15
TABLA 2: SUICIDIOS EN MENORES DE 30 AÑOS POR SEXO Y EDAD.....	16
TABLA 3: RESPUESTA DE LOS ÍTEMS EN FUNCIÓN DEL SEXO.....	29
TABLA 4: GRAVEDAD DEL TRASTORNO EN FUNCIÓN DEL SEXO.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: NÚMERO DE ENCUESTADOS EN CADA COLEGIO.....	27
GRÁFICO 2: RESPUESTAS DEL PRIMER ÍTEM DEL CUESTIONARIO.....	27
GRÁFICO 3: PORCENTAJE DE ALUMNOS QUE HAN RESPONDIDO A CADA ÍTEM.....	28
GRÁFICO 4: PORCENTAJE DE NIÑOS QUE RESPONDIERON AL ÚLTIMO ÍTEM DEL CUESTIONARIO.....	28

1. RESUMEN/ ABSTRACT

RESUMEN

En la actualidad el número de adolescentes que padece depresión va en aumento, lo que influirá negativamente a lo largo de su vida causando problemas en su capacidad psicosocial y problemas de adaptación.

El presente trabajo trata de analizar cómo será la adaptación y utilización del test de cribado de la *US Preventive Task Force* sobre la detección de la depresión en adolescentes de 11 a 17 años, en una población de escolares en Valladolid.

El cuestionario ya traducido fue validado por 34 alumnos de 6º de Primaria de los colegios "CEIP Cristóbal Colón" y "CEIP Gabriel y Galán" de Valladolid, durante el mes de mayo de 2017. Se dio un elevado nivel de comprensibilidad del cuestionario en ambos centros, tardando un tiempo medio de cumplimentación de 15 minutos.

El riesgo de depresión *moderadamente grave* encontrado en los alumnos participantes en la muestra es cercano al 3%, tanto en hombres como en mujeres.

Es necesaria la sensibilización de la población mediante intervenciones de información, educación y concienciación comunitaria para prevenir de forma precoz esta enfermedad.

Palabras clave: depresión, prevención, adolescentes y escolares.

ABSTRACT

At present, the number of adolescents suffering from depression is increasing this will influence negatively through your life causing problems in your psychosocial ability and problems of adaptation.

This paper analyzes how the US Preventive Task Force's screening test will be adapted and used for the detection of depression in teenagers aged 11 to 17 years in a school of Valladolid.

The questionnaire already translated was validated by 34 students from 6th grade in primary schools "CEIP Cristóbal Colón" and "CEIP Gabriel y Galán" of Valladolid, during May 2017. There was a high level of comprehensibility of the questionnaire in both centers, taking an average time of completion of 15 minutes.

The risk of moderately severe depression found in the students participating in the sample is close to 3% in both men and women.

Awareness of the population through information, education and community awareness interventions is necessary to prevent this disease early.

Key words: depression, prevention, teenagers and school children.

2. INTRODUCCIÓN

Podemos considerar que la depresión en la adolescencia es un problema de salud pública, ya que en los últimos años, el número de adolescentes que padece esta enfermedad, ha aumentado considerablemente. Cuando la depresión comienza en la adolescencia, por lo general, aparece de nuevo a lo largo del tiempo; esta reaparición de la depresión puede causar en los jóvenes un daño grave en su capacidad psicosocial.

La relevancia de realizar más investigaciones sobre este tema, se debe a la necesidad de un mayor número de intervenciones preventivas mediante programas educativos, que frenen los factores de riesgo de la depresión adolescente.

La consecuencia más preocupante de esta enfermedad mental es el suicidio, que ocasiona cerca de cuatrocientas muertes prematuras en España (Pérez, 2009). Las razones individuales del suicidio son muy variadas, no hay una causa psicopatológica dominante en los antecedentes psicológicos de los adolescentes con tentativas suicidas, pero si podemos encontrar un conjunto de diagnósticos frecuentes. Entre ellos cabe señalar los episodios depresivos (18.5%), los trastornos de adaptación (18.5%) y los trastornos de personalidad (7.4%).

Por todo lo anterior, es pertinente realizar tanto una prevención clínica como una prevención social, orientada a la reducción de los factores de riesgo y que refuerce los factores de protección de los adolescentes. (Pérez, 2009). (7)

Según la OMS (2017), la depresión:

Es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (1)

La depresión está incluida como una de las enfermedades mentales que más afectan a la población de España en la actualidad. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2002) la salud mental abarca cómo una persona piensa, siente y actúa en su vida cotidiana. La salud mental es fundamental para la salud, el bienestar personal, las relaciones familiares e interpersonales satisfactorias y para la contribución a la comunidad o sociedad. (2)

La infancia y la adolescencia son las etapas de la vida en las que las personas forjan su futura personalidad adulta, la integración en la sociedad y aprender a vivir en comunidad, por ello es importante que esta integración se dé con unas condiciones psicológicas y sociales óptimas. (Marquet, 2008). (3)

Los últimos estudios europeos muestran que entre un 17% y un 22% de los menores de 18 años, tiene problemas de desarrollo emocionales y de conducta. En España, no encontramos datos poblacionales representativos de salud mental, pero si datos de frecuentación

hospitalaria, y encuestas, que nos advierten que aquí también se está dando esta realidad.

En Europa se estima que menos del 20% de los menores que sufren problemáticas mentales reciben un tratamiento adecuado, no obstante, sí que existe variedad en tratamientos psicosociales y farmacológico. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2002). (2)

Respecto a nuestro país, los últimos datos oficiales que encontramos (2008) dicen que hubo 3.457 suicidios, eso nos da una media de 9 suicidios diarios, de los cuales el 77,4% fueron de hombres (2.676), frente 33% de mujeres (781).

El Instituto Nacional de Estadística (2015) afirma que la proporción tres a uno ya reflejada, es idéntica en todas las provincias y comunidades, con valores muy parecidos a los de la Unión Europea. La tasa de suicidios en España se sitúa en 7,58 por 100.000 habitantes, estas cifras se encuentran por debajo de la media europea. Si nos fijamos en los 10 países del planeta con mayor índice de suicidio, cinco de ellos son miembros de la Unión Europea (Lituania, Hungría, Eslovenia, Bélgica y Finlandia). (4)

Los diagnósticos de depresión que se realizan a niños y adolescentes siguen los mismos criterios que los diagnósticos de adultos, excepto por dos matices: lo que en el adulto se manifiesta como un estado de ánimo depresivo, en el adolescente se puede manifestar como irritación; y el aumento y pérdida de peso, que en la adolescencia no tiene un valor específico, excepto si se establece una meta de ganancia de peso y no se consigue, lo que se considera un fracaso. (García, 2009). (5)

Almudena García Alonso (2009) nos muestra una clasificación de los trastornos depresivos. Hace una distinción en función de dos criterios diferentes: la severidad sintomática y la posibilidad de ciclar o no.

Las dos categorías básicas que establece son:

- Episodio Depresivo mayor con un episodio único, que presenta una sintomatología relevante y Trastorno Distímico con una sintomatología depresiva moderada.
- Trastornos Bipolares de tipo I y II. El tipo I consiste en que la persona presente episodios combinados, maníacos, hipomaníacos y depresivos; si aparecen episodios depresivos y/o hipomaníacos pero no maníacos, se trata de un Trastorno Bipolar de tipo II, y por último, el trastorno ciclotímico el cual se entiende como ciclos suaves que pueden coincidir con periodos estacionales. (5)

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2002) afirma que cuando la depresión comienza en la adolescencia tiende a ser recurrente, lo que causa un grave daño en la capacidad psicosocial de los adolescentes. La depresión en niños y adolescentes está asociada a problemas de adaptación, un bajo rendimiento escolar y conductas suicidas. En un grupo de edad de 12 a 17 años la prevalencia de la depresión grave a lo largo de la vida es de alrededor del 4%; mientras que a los 18 años es del 9% (el doble en las mujeres que en los hombres). Podemos considerar que la depresión en la adolescencia es un problema de salud pública ya que los últimos resultados sugieren un aumento de la prevalencia. (2)

Dicho Ministerio, también afirma que los factores de riesgo de la depresión en adolescentes, pueden tratarse mediante intervenciones preventivas, ya que se ha demostrado que son efectivas a través de programas educativos para niños y jóvenes y programas destinados a los padres a través del apoyo familiar especializado. (2)

La Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2016) afirma que se pueden observar algunos síntomas comunes a la depresión en los adolescentes. Si duran dos semanas o más es conveniente acudir al médico. Estos síntomas son:

- Irritabilidad frecuente con brotes repentinos de ira.
- Mayor sensibilidad a la crítica.
- Quejas de dolores de cabeza, de estómago u otros problemas corporales.
- Retraimiento de personas como los padres o algunos amigos.
- No disfrutar de las actividades que por lo general le gustan.
- Sentirse cansado durante gran parte del día.
- Sentimientos de tristeza o melancolía la mayor parte del tiempo.

También se pueden observar cambios en las rutinas del adolescente que se pueden considerar signo de depresión. Los signos que se pueden ver, por lo general, son:

- Problemas para dormir o está durmiendo más de lo normal
- Un cambio en los hábitos alimentarios, como no tener hambre o comer más de lo habitual
- Dificultad para concentrarse
- Problemas para tomar decisiones
- Los cambios en el comportamiento de su hijo también podrían ser un signo de depresión. Podría tener problemas en casa o en la escuela.
- Desmejoramiento en las calificaciones escolares, la asistencia, no hacer las tareas

- Comportamientos de alto riesgo, como conducir de manera imprudente, tener sexo sin precaución o el hurto en tiendas
- Alejamiento de la familia y los amigos y pasar más tiempo a solas
- Bebida o consumo de drogas. (6)

Los Servicios de Salud Mental de los EE.UU. (citado por: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad 2002) muestran, que entre los trastornos mentales bien catalogados, las prevalencias calculadas para niños y adolescentes son:

- Uno de cada cinco niños o adolescentes puede tener un problema de salud mental que puede ser diagnosticado y tratado durante su desarrollo.
- Uno de cada diez puede tener un problema emocional serio (que altera e interrumpe la vida social, académica y emocional).
- Dos tercios de todos los jóvenes con problemas, no reciben ayuda. Sin ayuda las consecuencias pueden llegar desde el fracaso escolar, el abuso del alcohol y las drogas, los problemas familiares (discordias, la violencia o incluso el suicidio). (2)

Entre las consecuencias no evaluadas de una salud mental deficiente, podemos encontrar la violencia. Un estudio reciente (2002) muestra que el 33% de los alumnos de enseñanza secundaria obligatoria, manifiesta haber sufrido violencia verbal, violencia física el 7%, violencia psicológica el 9%, el 11% violencia social y el 20% algún robo. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad 2002). (2)

En España, la causa fundamental de muerte de esta población, refiriéndonos a la población joven, son los accidentes de tráfico, que suponen el 31,13% de las muertes entre los 10 y los 30 años. La siguiente

causa de muerte, son el conjunto de tumores, responsables de un 13,43% de la mortalidad en la adolescencia y la juventud. El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes mayores de 10 años y menores de 30. El porcentaje de muertes que se deben al suicidio y a las lesiones autoinflingidas en este grupo de edad es del 9,34% sin poder descartar algunas otras muertes supuestamente accidentales. (Pérez, 2009). (7)

Defunciones por causas, sexo y grupo de edad. (lista reducida de epígrafes del CIE con mayor mortalidad en menores de 30 años),						
Grupos de edad	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	% Tot. Defunc.	10 a 29
001-102 I-XX. Todas las causas					100,00	
Ambos sexos	262	786	1270	1739		4.057
Varones	153	582	973	1305	74,27	3.013
Mujeres	109	204	297	434	25,73	1.044
009-041 II. Tumores					13,43	0
Ambos sexos	76	101	146	222		545
Varones	45	67	89	133	8,23	334
Mujeres	31	34	57	89	5,20	211
037 Leucemia					2,64	0
Ambos sexos	29	25	25	28		107
Varones	18	19	17	18	1,77	72
Mujeres	11	6	8	10	0,86	35
090-102 XX. Causas externas de mortalidad					59,23	0
Ambos sexos	70	486	844	1003		2.403
Varones	50	385	700	835	48,56	1.970
Mujeres	20	101	144	168	10,67	433
090 Accidentes de tráfico de vehículos de motor					31,13	0
Ambos sexos	37	306	459	461		1.263
Varones	26	242	370	392	25,39	1.030
Mujeres	11	64	89	69	5,74	233
093 Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales					2,46	0
Ambos sexos	8	26	31	35		100
Varones	6	22	29	32	2,19	89
Mujeres	2	4	2	3	0,27	11
097 Otros accidentes					6,53	0
Ambos sexos	9	55	78	123		265
Varones	7	48	72	107	5,77	234
Mujeres	2	7	6	16	0,76	31
098 Suicidio y lesiones autoinfligidas					9,34	0
Ambos sexos	5	50	141	183		379
Varones	2	37	116	150	7,52	305
Mujeres	3	13	25	33	1,82	74

Fuente: Estadística de defunciones por causas de muerte, 2006, INE

Tabla 1: Defunciones por causa, sexo y edad.

El suicidio en los adolescentes se ha convertido en un grave problema de salud pública (Marquet, 2008), ya que hay miles de suicidios cada año. Las causas se dan tanto a nivel psicológico como social, y a menudo se trata de una llamada de auxilio y un signo de sufrimiento profundo. (3)

A menudo se asocia la conducta suicida con otros trastornos depresivos o con el consumo de drogas, lo cual manifiesta la importancia de las intervenciones de prevención y tratamiento de esas enfermedades. En jóvenes a partir de 14 años, la segunda causa de muerte es el suicidio y estudios recientes encontraron tasas que muestran que entre el 15-20% de los adolescentes tienen ideación suicida, acompañada de sentimientos de desesperanza. (Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, 2002). (2)

Hasta 2006 los datos en referencia al suicidio, los proporcionaba la estadística judicial de suicidios, pero tras ese año fue sustituida plenamente por los datos de defunciones por causa de muerte. Los datos de la estadística judicial de suicidios arrojaban en 2006 un total de 2017 suicidas, de los cuales el 89,5% eran suicidios consumados. Un 13,44% de ese total y un 11,8% de los consumados correspondían a adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años. La población de este rango de edad en España en 2006 era de 9.986.915 individuos, lo que supone un 22.34% de la población total. (Pérez, 2009). (7)

Tabla 1: Suicidios en menores de 30 años según grado de ejecución, sexo y edad; número de suicidios. 2006

Total año 2006	Todas las edades	Adolescentes de 13 a 19 años	%	Jóvenes de 20 a 29 años	%	Adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años	%
Ambos sexos	2.017	41	2,03	230	11,40	271	13,44
Varón	1.480	24	1,62	170	11,49	194	13,11
Mujer	537	17	3,17	60	11,17	77	14,34
Consumado							
Ambos sexos	1.806	33	1,83	180	9,97	213	11,79
Varón	1.388	22	1,59	147	10,59	169	12,18
Mujer	418	11	2,63	33	7,89	44	10,53
Tentativa							
Ambos sexos	211	8	3,79	50	2,77	58	3,21
Varón	92	2	2,17	23	1,66	25	1,80
Mujer	119	6	5,04	27	6,46	33	7,89

Fuente: Estadística del Suicidio en España 2006, INE

Tabla 2: Suicidios en menores de 30 años por sexo y edad.

En la población joven encontramos unas tasas de suicidio de 1,02 por 100.000 entre los menores de 19 años, y de 2,66 por 100.000 entre los jóvenes de 20 a 29 años. En ambos casos existe una marcada diferencia según el sexo; la tasa masculina en los adolescentes es de 1,32 mientras que la femenina que es la mitad (0,70); entre los jóvenes, la tasa de suicidio de los varones es de 4,23 que cuadruplica la de las mujeres, encontrándose esta en 1,01. (Pérez, 2009). (7)

En España las tasas de suicidio en los últimos años se han mantenido con cierta estabilidad, variando con cierta regularidad entre un 5 y un 6 por 100.000. Estas tasas pueden considerarse bajas si se comparan con otros países de Europa y del continente asiático.

Si hablamos de la tasa de suicidio adolescente (de 15 a 19 años) se ha mantenido con cierta estabilidad por debajo del 3,5 por 100.000. (Pérez, 2009). (7)

Durkheim (1998) ya señalaba que los varones se suicidan más que las mujeres, las personas mayores más que los jóvenes o que el suicidio se da más de enero a junio y disminuye los meses siguientes. (8)

Como se ha dicho con anterioridad, los datos más actuales de los que disponemos son del año 2006, estos datos (Pérez, 2009) muestran que los adolescentes y jóvenes inmigrantes, tiene unas tasas de suicidio en ambos sexos muy superiores a las de los españoles en todos los grupos de edad comprendidos entre los 10 y los 25 años. Basándonos en esas tasas vemos que son mucho mayores las tasas de los grupos de adolescentes inmigrantes, lo que parece constituir un indicador de que existen problemas de integración y adaptación de los más jóvenes a su entorno social. La tasa de suicidio adolescente que más llama la atención es la de las chicas adolescentes inmigrantes (15-19 años) que

se eleva a un 3,9 mientras que la de los varones españoles de esa edad es de 1,88. (7)

JUSTIFICACIÓN:

Por los datos expuestos se considera necesario diagnosticar de forma precoz (prevención secundaria) a aquellos adolescentes con riesgo elevado de sufrir depresión. Hasta ahora en España no se realiza un cribado de esta patología en colegios e institutos, sino que los jóvenes son vistos en las unidades de psiquiatría o consultas de psicólogos cuando la enfermedad ya ha debutado. Sin embargo la detección precoz de las personas en riesgo de depresión mediante un sencillo cuestionario validado por la US Preventive Task Force, permitiría disminuir la carga de enfermedad, tanto en términos clínicos como socioeconómicos, que produce esta enfermedad.

Con este trabajo intentamos demostrar la eficacia y utilidad de los cuestionarios de cribado de enfermedad mental en la población joven en momentos de máxima vulnerabilidad como es la adolescencia.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: adaptación y utilización del test cribado de la *US Preventive Task Force* sobre la detección de la depresión en adolescentes de 11 a 17 años, en una población de escolares de Valladolid.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Traducir el cuestionario "*Severity Measure for Depression- Child Age 1-17*" del inglés al castellano.
- Validar este test mediante una prueba de pilotaje con una población escolar vallisoletana.
- Ver el grado de comprensibilidad del test entre los escolares.
- Comprobar qué riesgo tiene la muestra a través del cuestionario.

4. MATERIAL Y MÉTODO

El test "*Severity Measure for Depression- Child Age 11-17*" fue traducido al español y cumplimentado por dos grupos de adolescentes vallisoletanos de 12 años edad y pertenecientes al "CEIP Cristóbal Colón" y "CEIP Gabriel y Galán", durante el mes de mayo de 2017.

El Cuestionario de Salud del Paciente (PQH, por sus siglas en inglés) es una herramienta que sirve para diagnosticar trastornos mentales. Este cuestionario (PHQ) se considera una versión autoadministrada del instrumento para diagnósticos PRIME-MD para trastornos mentales comunes. En el PHQ-9 se marcan los 9 criterios del DSM-IV como como "0" (no del todo) a "3" (casi todos los días). El PHQ-9 fue completado por 6.000 pacientes en 8 clínicas de atención primaria y 7 clínicas de obstetricia y ginecología. La validez del criterio se evaluó frente a una entrevista independiente estructurada de salud mental (MHP) en una muestra de 580 pacientes. (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, 2001). (9)

Dicho cuestionario, es un instrumento novedoso, que se utiliza para hacer diagnósticos basados en criterios de trastornos depresivos y otros trastornos mentales que se encuentran de forma común en atención primaria. El PQH-9 utiliza solo 9 ítems, lo que supone la mitad de la longitud de otras medidas de depresión. Esto hace que el PQH-9 se diferencie de otras formas de medir la depresión en las cuales, cuando las puntuaciones son altas, se deben realizar preguntas adicionales para conseguir establecer el diagnóstico. Una de las ventajas que tiene este cuestionario, es su doble finalidad que, con los mismos 9 ítems, puede establecer diagnósticos de trastornos depresivos y la gravedad de los síntomas depresivos de grado. El PHQ-9 sirve como herramienta clínica y de investigación. (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, 2001). (9)

Detección de la depresión en jóvenes de 11 a 17 años.

Como ya se ha referido, es una medida de 9 ítems que evalúa la gravedad de trastornos y episodios depresivos (o síntomas clínicamente significativos de trastornos depresivos y episodios) en niños de 11 a 17 años. Cada artículo le pide al niño que califique la gravedad de sus síntomas de depresión durante los últimos 7 días.

Cada ítem de la medida se clasifica en una escala de 4 puntos:

- 0 = no en absoluto
- 1 = varios días
- 2 = más de la mitad de los días
- 3 = casi todos los días).

La puntuación total puede oscilar entre 0 y 27, con puntuaciones más altas que indican una mayor gravedad de la depresión. (9)

A continuación se muestra la versión original (en inglés) del PHQ-9 y su tabla de interpretación de la puntuación:

Severity Measure for Depression—Child Age 11–17*
PHQ-9 modified for Adolescents (PHQ-A)—Adapted

Name: _____ Age: _____ Sex: Male Female Date: _____

Instructions: How often have you been bothered by each of the following symptoms during the past **7 days**? For each symptom put an "X" in the box beneath the answer that best describes how you have been feeling.

		(0) Not at all	(1) Several days	(2) More than half the days	(3) Nearly every day	Clinician Use Item score
1.	Feeling down, depressed, irritable, or hopeless?					
2.	Little interest or pleasure in doing things?					
3.	Trouble falling asleep, staying asleep, or sleeping too much?					
4.	Poor appetite, weight loss, or overeating?					
5.	Feeling tired, or having little energy?					
6.	Feeling bad about yourself—or feeling that you are a failure, or that you have let yourself or your family down?					
7.	Trouble concentrating on things like school work, reading, or watching TV?					
8.	Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite—being so fidgety or restless that you were moving around a lot more than usual?					
9.	Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way?					
Total/Partial Raw Score:						
Prorated Total Raw Score: (if 1-2 items left unanswered)						

Modified from the PHQ-A (J. Johnson, 2002) for research and evaluation purposes

Total Raw Score	Severity of depressive disorder or episode
0-4	None
5-9	Mild
10-14	Moderate
15-19	Moderately severe
20-27	Severe

La versión PHQ-9 fue traducida al español y se pasó a los estudiantes vallisoletanos del colegio “CEIP Gabriel y Galán” de esta manera:

MEDIDA DE SEGURIDAD CONTRA LA DEPRESIÓN—NIÑOS CON EDAD
DE 11 A 17 AÑOS

Nombre:

Edad:

Sexo: hombre mujer

Fecha:

Instrucciones: ¿Con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes síntomas durante los últimos 7 días? Para cada síntoma poner una “x” en el cuadro de abajo en la respuesta que mejor describa como se ha sentido.

						Uso clínico
						Puntuación del artículo
		(0) De ningún modo	(1) Varios días	(2) Más de la mitad de los días	(3) Casi todos los días	
1.	¿Sentirse deprimido, irritable o sin esperanza?					
2.	¿Sentir poco interés o satisfacción en hacer las cosas?					
3.	¿Tiene dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado?					

4.	¿Siente falta de apetito, pérdida de peso o come en exceso?					
5.	¿Se siente cansado o con poca energía?					
6.	¿Se siente mal consigo- se siente un fracasado, o que se ha defraudado a usted o a su familia?					
7.	¿Siente dificultad para concentrarte en cosas como la tarea del colegio, la lectura o ver la televisión?					
8.	¿Se mueve o habla tan despacio que otros podrían haberlo notado? O por el contrario ¿está siendo tan inquieto que se mueve más de lo habitual?					
9.	¿Piensa que estaría mejor muerto, o en hacerse daño así mismo de alguna manera?					
Puntuación total/ parcial						
Puntuación total prorrateada: (si 1 o 2 preguntas no están respondidas)						

Tabla de interpretación de la puntuación total

Puntuación bruta total	Gravedad del trastorno o episodio depresivo
0-4	Ninguna
5-9	Ligera
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente grave
20-27	Grave

Se resalta que la versión traducida del cuestionario se pasó únicamente al “CEIP Gabriel y Galán” ya que al pedir los permisos para realizarla en el otro centro educativo (“CEIP Cristóbal Colón”), el director del mismo nos indicó que el lenguaje utilizado en las preguntas podría no ser completamente comprensible para los alumnos de esa edad, por lo que se reformuló el cuestionario intentando que las preguntas no cambiaran demasiado para medir el nivel de comprensibilidad del mismo por parte de los escolares; la reformulación de las preguntas no incidió en ningún momento sobre la tabla de interpretación de la puntuación total.

A continuación, se muestra el modelo de cuestionario utilizado en el “CEIP Cristóbal Colón”.

**MEDIDA DE SEGURIDAD CONTRA LA DEPRESIÓN—NIÑOS CON EDAD
DE 11 A 17 AÑOS**

Nombre:

Edad:

Sexo: hombre mujer

Fecha:

Instrucciones: ¿Con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes síntomas durante los últimos 7 días? Para cada síntoma poner una “x” en el cuadro de abajo en la respuesta que mejor describa como se ha sentido.

						Uso clínico
						Puntuación del artículo
		(0) De ningún modo	(1) Varios días	(2) Más de la mitad de los días	(3) Casi todos los días	
1.	¿Te has sentido deprimido o irritable?					
2.	¿Tienes poco interés en hacer las cosas?					

3.	¿Te cuesta dormirte, permanecer dormido o duermes demasiado?					
4.	¿Has notado que ya no tienes hambre, has perdido peso o comes en exceso?					
5.	¿Te sientes cansado o con poca energía?					
6.	¿Te sientes mal contigo mismo o piensas que has desilusionado a tu familia?					
7.	¿Tienes dificultad para concentrarte en cosas como la tarea del colegio, leer o ver la televisión?					
8.	¿Te mueves o hablas más despacio de lo habitual? O por el contrario- ¿Notas que te mueves más de lo habitual o que estas inquieto?					
9.	¿Has pensado alguna vez en hacerte daño a ti mismo o crees que estarías mejor muerto?					
Puntuación total/ parcial						
Puntuación total prorrateada: (si 1 o 2 preguntas no están respondidas)						

Tabla de interpretación de la puntuación total

Puntuación bruta total	Gravedad del trastorno o episodio depresivo
0-4	Ninguna
5-9	Ligera
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente grave
20-27	Grave

5. RESULTADOS

En el momento de estudiar los resultados, el análisis se centró tanto en los resultados de los cuestionarios, como en su comprensión por parte de los alumnos que los realizaban. A medida que iba pasando los cuestionarios a los alumnos, iba observando y apuntando las dudas que tenían los mismos y el tiempo que tardaron en realizarlos.

Las anotaciones llevadas a cabo en el momento de pasar los cuestionarios hacen referencia a:

- El número de ítems incluidos en el cuestionario es bajo, por lo que los alumnos mostraron una buena disposición para contestarlos.
- El número de preguntas en referencia a los ítems del cuestionario fueron escasas ya que el nivel de comprensibilidad de los cuestionarios fue elevado.
- Cierta número de alumnos de ambos centros mostraron sorpresa a la hora de contestar el último ítem del cuestionario (¿Piensa que estaría mejor muerto, o en hacerse daño a sí mismo de alguna manera?).
- El tiempo medio estimado que tardaron ambos grupos en realizar el cuestionario fue de 15 minutos incluyendo la explicación inicial sobre qué trataba el cuestionario y para qué se iba a utilizar.

En los dos colegios seleccionados el número de alumnos encuestados fueron 17. La edad de los niños era de 11 y 12 años. (Ilustración 1). Con un reparto por sexo entre chicos y chicas del 50%.

Frecuencia de encuestados

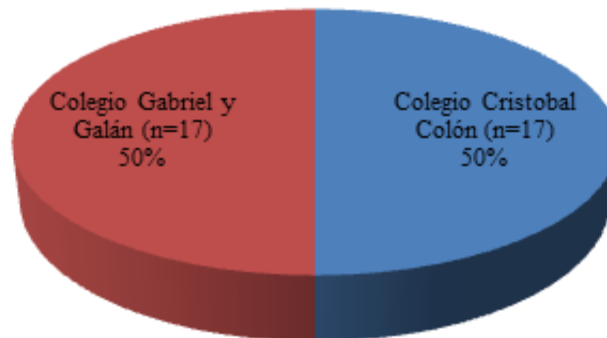


Gráfico 1: número de encuestados en cada colegio seleccionado.

La respuesta de los alumnos a los diferentes ítems se puede observar en los siguientes gráficos:

Sentirse deprimido o irritable, o sin esperanza de vida

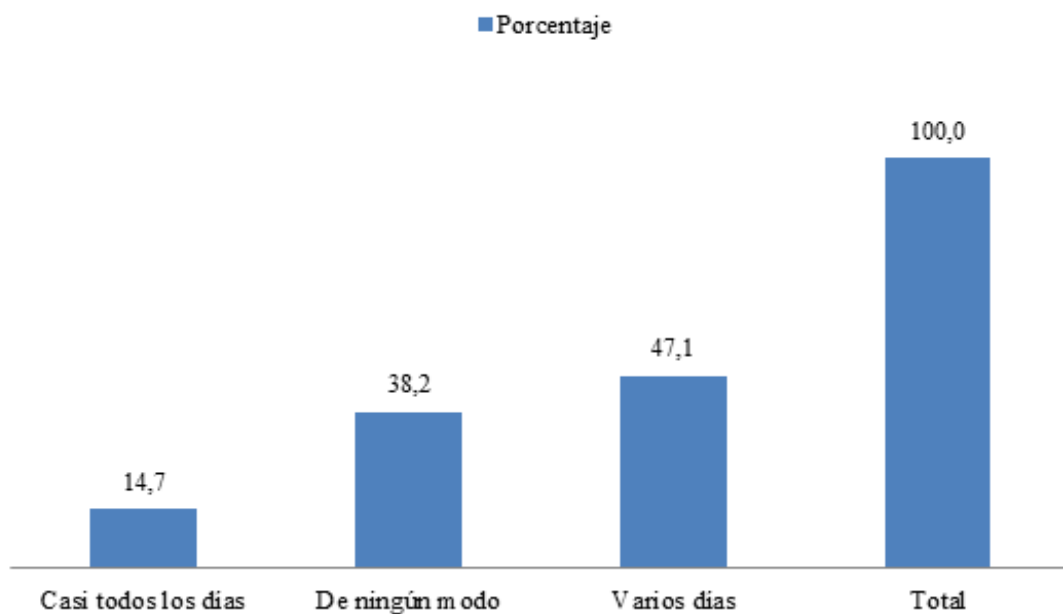


Gráfico 2: respuestas del primer ítem del cuestionario

Otros ítems del cuestionario sobre cribado de depresión infantil.

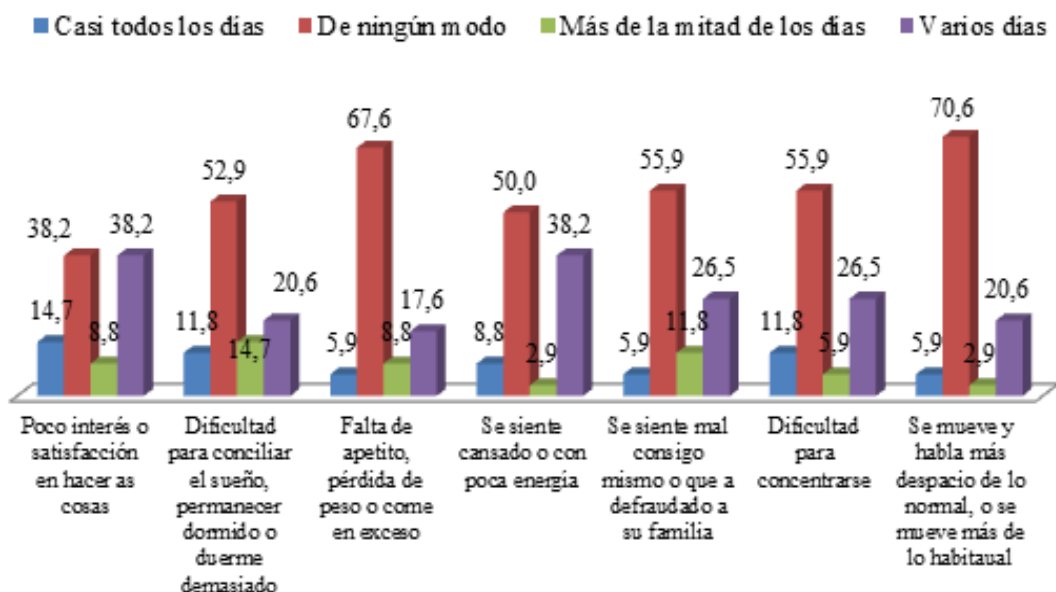


Gráfico 3: Porcentaje de alumnos que han respondido a cada ítem.

Llama la atención que ante la pregunta sobre si piensa “sí estaría mejor muerto o en hacerse daño a sí mismo”, un 11,8% (4 niños) dijeron que casi todos los días. (Gráfico 3). También vemos reflejado en la misma ilustración, que otro 11,8% de los niños (4 niños) respondieron a este ítem con “varios días”.

¿Piensa que estaría mejor muerto o en hacerse daño a sí mismo?

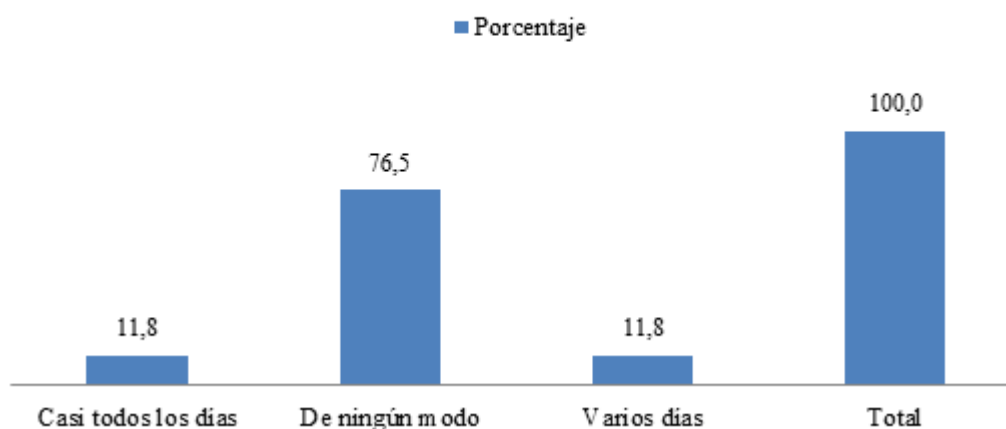


Gráfico 4: porcentaje de niños que respondieron al último ítem del cuestionario.

ÍTEMS DEL CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN INFANTIL		% Hombre	% Mujer	p-valor
Sentirse deprimido o irritable, o sin esperanza de vida	casi todos los días	17,6%	11,8%	0,768
	de ningún modo	41,2%	35,3%	
	varios días	41,2%	52,9%	
Poco interés o satisfacción en hacer las cosas	casi todos los días	17,6%	11,8%	0,874
	más de la mitad de los días	5,9%	11,8%	
	varios días	41,2%	35,3%	
	de ningún modo	35,3%	41,2%	
Dificultad para conciliar el sueño	casi todos los días	17,6%	5,9%	0,074
	más de la mitad de los días	23,5%	5,9%	
	varios días	5,9%	35,3%	
	de ningún modo	52,9%	52,9%	
Falta de apetito o come en exceso	casi todos los días	11,8%	0,0%	0,02
	más de la mitad de los días	17,6%	0,0%	
	varios días	5,9%	29,4%	
	de ningún modo	64,7%	70,6%	
Cansado o con poca energía	casi todos los días	5,9%	11,8%	0,602
	más de la mitad de los días	5,9%	0,0%	
	varios días	41,2%	35,3%	
	de ningún modo	47,1%	52,9%	
Se siente mal consigo mismo o siente que ha defraudado a su familia	casi todos los días	5,9%	5,9%	0,009
	más de la mitad de los días	5,9%	17,6%	
	varios días	5,9%	47,1%	
	de ningún modo	82,4%	29,4%	
Dificultad para concentrarse	casi todos los días	17,6%	5,9%	0,154
	más de la mitad de los días	11,8%	0,0%	
	varios días	29,4%	23,5%	
	de ningún modo	41,2%	70,6%	
Se mueve o habla más despacio de lo normal, o se mueve más de lo habitual	casi todos los días	5,9%	5,9%	0,675
	más de la mitad de los días	0,0%	5,9%	
	varios días	23,5%	17,6%	
	de ningún modo	70,6%	70,6%	
Piensa que estaría mejor muerto o en hacerse daño a sí mismo	casi todos los días	11,8%	11,8%	1
	varios días	11,8%	11,8%	
	de ningún modo	76,5%	76,5%	

Tabla 3: Respuesta de los ítems en función del sexo

En la tabla número 3 podemos observar la distribución de las respuestas a cada ítem por sexo. Aunque sólo dos de los ítems fueron estadísticamente significativos, el resto nos da una idea de las respuestas en función de ser hombre o mujer.

Gravedad del trastorno	Hombres	Mujeres
Ninguna	11,76%	20,58%
Ligera	26,47%	20,58%
Moderada	8,82%	5,88%
Moderadamente grave	2,94%	2,94%
Grave	0%	0%

Tabla 4: Gravedad del trastorno en función del sexo.

6. DISCUSIÓN

En la revisión bibliográfica realizada a lo largo de las páginas anteriores, vemos como la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (2016) afirma que algunos de los síntomas comunes en la depresión de los adolescentes pueden ser identificados con algunos comportamientos como, problemas para dormir o dormir más de lo normal, tener poco interés en hacer la cosas, estar irritable... (6). En los resultados obtenidos con nuestra muestra, vemos que estos signos también se ven a lo largo de los cuestionarios pasados a los participantes.

El ítem sobre “sentirse deprimido, irritable o sin esperanza de vida” se considera uno de los más importantes, ya que a la hora de realizar diagnósticos de depresión encontramos dos matices que diferencian los diagnósticos de niños y adolescentes, con los diagnósticos de adultos: lo que en el adulto se manifiesta como un estado de ánimo depresivo, en el adolescente se puede manifestar como irritación; y el aumento y pérdida de peso, que en la adolescencia no es específico como valor a no ser que exista una meta de ganancia de peso establecida.

Se muestra que los valores referentes al ítem “piensa que estaría mejor muerto o en hacerse daño a sí mismo” son elevados, sobre todo tratándose de menores de esta edad, y por ello vemos necesaria la prevención secundaria que les ayude a forjar una personalidad adulta saludable y que les permita integrarse en su comunidad.

Si comparamos los dos ítems principales del cuestionario en función del sexo, vemos como el ítem “sentirse deprimido e irritable o sin esperanza de vida” en la opción “casi todos los días” es mayor el porcentaje

masculino (17,6%) que el femenino (11,8%); en cambio en la repuesta "varios días" es mayor la respuesta femenina (52,9%) que la masculina (41,2%).

Veíamos que en un grupo de edad de 12 a 17 años la prevalencia de la depresión grave a lo largo de la vida es de alrededor del 4%; mientras que a los 18 años es del 9% (el doble en las mujeres que en los hombres). (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad 2002). (2). Sin embargo, en los resultados obtenidos a partir de la tabla de interpretación de la puntuación total, vemos que la limitación de la muestra nos hace obtener valores en los que la depresión moderadamente grave es igual en ambos sexos (no el doble en mujeres).

Vemos que los valores obtenidos por hombres y mujeres en la tabla de gravedad del trastorno llegan a su porcentaje más elevado en la denominada "Depresión ligera", es cierto que es un trastorno "mínimo", pero es necesario que como profesionales del Trabajo Social apoyemos y potenciemos que se lleven a cabo más investigaciones sobre el tema ya que un mayor número de intervenciones preventivas contribuyen a frenar los factores de riesgo de la depresión adolescente.

La consecuencia más extrema sobre padecer trastornos de depresión en la adolescencia es el suicidio. Entre los jóvenes, se encuentran unas tasas de suicidio de 1,02 por 100.000 entre los menores de 19 años, y de 2,66 por 100.000 entre los jóvenes de 20 a 29 años. En ambos casos existe una marcada diferencia según el sexo; la tasa masculina en los adolescentes es de 1,32 mientras que la femenina que es la mitad (0,70); entre los jóvenes, la tasa de suicidio de los varones es de 4,23 que cuadruplica la de las mujeres, encontrándose esta en 1,01. (Pérez, 2009). (7)

En el grupo de edad de jóvenes a partir de 14 años la segunda causa de muerte es el suicidio y los estudios más recientes, muestran que entre el 15-20% de los adolescentes tienen ideación suicida acompañada de sentimientos de desesperanza, como refería el Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad, 2002). (2)

Una de las limitaciones de este estudio es que la muestra seleccionada para llevar a cabo esta investigación (34 niños) es muy pequeña, por lo que los resultados no pueden ser generalizados a todo el grupo de población de esa edad.

Existieron diferentes dificultades en la realización de la investigación, la más reseñable fue la búsqueda de un colegio que me permitiera pasar los cuestionarios a los niños. Tras llamar a diferentes centros solicitando este permiso, muchos de ellos me respondieron que se encontraban en periodo de exámenes por lo que los niños "no podían perder el tiempo", otra de las respuestas dadas por diferentes centros fue "que pedir permiso a los padres era un jaleo", aun facilitándoles yo las autorizaciones, se negaron.

Ambos colegios participantes ("CEIP Cristóbal Colón" y "CEIP Gabriel y Galán") solicitaron que fuera a hablar con los respectivos directores antes de aceptar la participación, para que les explicara en qué consistía la investigación y cómo se llevaría a cabo. Cuando acudí a ambas reuniones, incluí entre el material que les fue entregado a ambos tanto las autorizaciones que podían utilizar de modelo para que los niños solicitaran el permiso a sus padres o tutores legales, como el compromiso de confidencialidad de la información por mi parte.

Una vez aclaradas todas las cuestiones ambos colegios colaboraron sin problema conmigo y ayudaron en todo lo necesario para poder llevar a cabo esta investigación.

7. CONCLUSIONES

1. La traducción del cuestionario resultó sencilla debido a la corta extensión del mismo.
2. El cuestionario traducido fue validado por 34 alumnos de 6º de Primaria de los colegios “CEIP Cristóbal Colón” y “CEIP Gabriel y Galán” de Valladolid, durante el mes de mayo de 2017.
3. Los principales factores a tener en cuenta para la detección de la depresión en la adolescencia fueron el grado de depresión, irritabilidad o desesperanza; mostrar poco interés en hacer las cosas; dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado; falta de apetito o comer en exceso; sentirse sin energía; sentirse fracasado; escasa concentración; andar anormalmente despacio o estar inquieto; o tener pensamientos suicidas o de autolesión.
4. El test tuvo un alto grado de comprensibilidad en ambos centros escolares y el tiempo medio de cumplimentación, también de los dos grupos, fue de unos 15 minutos incluyendo la explicación inicial sobre qué trataba el cuestionario y para qué se iba a utilizar.
5. En la muestra de alumnos encuestados en la provincia de Valladolid vemos que el riesgo de depresión *moderadamente grave* se encuentra en torno al 3% de los mismos tanto en mujeres como en hombres.
6. Tomando la *falta de apetito* como indicador de depresión, vemos que afecta más al sexo femenino (p -valor=0.2) del mismo modo que *sentirse mal consigo mismo* o *tener sensación de haber defraudado a su familia* (p -valor=0.009).

7. Es necesaria la sensibilización de la población mediante intervenciones de información, educación y concienciación comunitaria para prevenir de forma precoz esta enfermedad.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) "*Depresión*". Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- (2) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2002). *Ganar salud con la juventud. Análisis de la situación de la juventud*. Recuperado de:

<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm>
- (3) Marquet, B. (2008). *Suicidios adolescentes e infantiles en Europa: un grave problema de salud pública. Asamblea parlamentaria Europea, (15ª sesión)*.
- (4) Instituto Nacional de Estadística (2015). *Suicidios por edad y sexo. Defunciones según la causa de muerte*. Recuperado de:

<http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2015/I0/&file=05001.px>
- (5) García Alonso, A (2009). *La depresión en adolescentes. La salud mental de las personas jóvenes en España, (84), 85-105*.
- (6) Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (2016). *Reconocimiento de la depresión en los adolescentes*. Recuperado de:

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000648.htm>
- (7) Pérez Camarero, S. (2009). *El suicidio adolescente y juvenil en España. La salud mental de las personas jóvenes en España, (84), 126-143*.

(8) Durkheim, E. (1998). *“El Suicidio”*. (ed. 1982, p. 10). Editorial Akal. Madrid.

(9) Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (2001). *El phq-9: validez de una breve medida de gravedad de la depresión*. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268/>

9. ANEXOS

9.1. Declaración de confidencialidad

A continuación se incluye la declaración de confidencialidad que entregué firmada en cada uno de los centros educativos, comprometiéndome a respetar la confidencialidad de datos e información de los participantes.



Universidad de Valladolid

Al objeto de garantizar la confidencialidad de los participantes en la presente investigación, los datos personales recogidos serán únicamente manipulados por la alumna que está realizando dicha investigación. El receptor no obtendrá derecho alguno sobre la información, ni tendrá derecho a utilizarla, excepto para el objeto de la investigación.

Valladolid, Mayo de 2017

9.2. Modelo de autorización.

El segundo anexo corresponde a los modelos de autorización que entregué en cada colegio, para que los alumnos solicitaran a su padre/madre o tutor el permiso que les autorizara a participar en la investigación.

Autorización

D/D^a. _____ como
padre / madre o tutor y bajo mi responsabilidad, autorizo a
mi hijo/a D./D^a _____
a participar en la investigación relacionada con el Trabajo
de Fin Grado propuesto por la Universidad de Valladolid.

Valladolid, _____ de Mayo de 2017