

INTERVENCIÓ EDUCATIVA PER A LA MILLORA DE LA DETECCIÓ PRECOÇ DE LA DEPRESSIÓ MAJOR EN ADOLESCENTS

Gemma GUITART i ROSSELL

gemma.guitart@uvic.cat

Desenvolupament Professional en l'Àmbit Psicosocial

Menció: No

Data de Presentació: 7 de Maig del 2013

Resum

La depressió major és una patologia mental que afecta a persones de qualsevol edat, condició econòmica, nivell educatiu, cultural i suposen un gran cost per l'individu, la família, el sistema sanitari i la comunitat en general. Es creu que una de cada cinc persones arribarà a desenvolupar un trastorn depressiu al llarg de la seva vida i que al 2020 serà la segona causa de discapacitat i de pèrdua d'anys de vida saludables a escala mundial i la primera en països desenvolupats. L'objectiu d'aquest estudi quasi experimental és millorar la detecció precoç de la simptomatologia depressiva en adolescents, descriure els factors de risc i atendre les necessitats d'aquests joves. Utilitzarem el Test de Beck Depression Inventory-2nd (BDI-II) i el Patient Health Questionnaire-Adolescent version (PHQ-9) per detectar l'estat de salut mental dels alumnes. No tenim la certesa de que la mostra sigui representativa, ja que escollim un grup intacte d'alumnes de 1r d' ESO, del municipi de Cardedeu, amb una edat per norma general de 12 -13 anys i per tant, potser una amenaça per la nostra validació ja que el factor entorn influeix directament en la situació sociodemogràfica de la població escollida, la situació econòmica i familiar.

Paraules clau: depressió major, adolescents, prevenció

Abstract

Major depression is a mental disorder that affects people of any age, economic status, and level of education and culture. It represents a great cost to the individual, the family, the health system and the community in general. It's believed that one in five people will develop a depressive disorder and that 2020 it will be the second leading cause of disability and loss of years if healthy life in worldwide and the first cause in developed countries. The purpose of this quasi-experimental study is to improve the early detection of depressive symptoms in adolescents, describe risk factors and meet the needs of these young. We use the Test Beck Depression Inventory-2nd (BDI-II) and the Patient Health Questionnaire-Adolescent version (PHQ-9) to detect the state of mental health of students. We haven't certainty that the sample is representative, because we choose a intact group of students of 1st ESO, in the town of Cardedeu, with age 12 -13 years old; therefore may threaten our validation environment as the factor directly influences the social and demographic status of the population chosen, the economic situation and family.

Keywords: major depression, adolescents, prevention

Antecedents i Estat actual del tema

La majoria d'autors que s'han ocupat d'estudiar els diferents canvis que es produeixen en els éssers humans al llarg del seu cicle vital, consideren l'adolescència com una transició entre la infància i l'edat adulta. Assenyalen que aquest període s'inicia amb la pubertat, moment en què es produeixen una sèrie de canvis biofisiològics en l'organisme que transformen el cos dels nois i les noies, posen en funcionament les seves capacitats reproductives, alhora que també es produeixen modificacions psicològiques i socials. Així, el terme adolescència fa referència a aquell procés de transició que es produeix en aquests mateixos subjectes (infants) dins una dinàmica també evolutiva que els portarà a assolir la vida adulta dins d'un futur no limitat en el temps que anomenem joventut. (Palacios & Triadú, 1993).

Per tant, l'adolescència constitueix una etapa crítica en el desenvolupament de cada individu, en ella es donen una sèrie de canvis de gran importància, tant físics com psicològics, que els duen a l'adquisició del seu propi perfil psíquic d'adult. Per aquest motiu, es consideren una població altament vulnerable. (Barreto, 1997)

La depressió, per altra banda, és un estat d'ànim caracteritzat per la pèrdua de capacitat per interessar-se i gaudir de les coses, la disminució de la vitalitat que du al pacient a la reducció del seu nivell d'activitat i a un cansament exagerat que apareix inclús després d'un esforç mínim, gairebé tots els dies, durant dos setmanes consecutives o més. Alhora que s'han de presentar com a mínim dos dels següents símptomes: disminució de l'atenció i concentració, pèrdua de la confiança en un mateix i sentiments d'inferioritat, idees de culpa i de no ser útil, perspectiva borrosa del seu futur, pensaments o actes suïcides o d'autoagressió, trastorns del son i pèrdua de la gana. (World Health Organization, 1992). Podríem parlar doncs, d'una afectació global del funcionament personal, amb especial èmfasi a l'esfera efectiva. (Alberdi, Taboada & Castro, 2003)

Ens els últims anys, s'ha produït un augment de la prevalença de la depressió a nivell mundial i, de forma paral·lela, una disminució de la seva edat d'inici, de manera que segons la Organització Mundial de la Salut (OMS) és un important problema de salut pública que afecta a uns 120 milions de persones, de les que menys del 25% tenen accés a tractaments afectius. A més, una de cada cinc persones arribarà a desenvolupar un trastorn depressiu al llarg de la seva vida, proporció que augmenta si

va lligada a altres factors, com malalties mèdiques o situacions d'estrès. (World Health Organization, 2007).

Per aquest motiu, la depressió passarà a convertir-se l'any 2020 en la segona causa de discapacitat, després de les malalties cardiovasculars, la segona causa de pèrdua d'anys de vida saludables a escala mundial i la primera en països desenvolupats. (Murray & Lopez, 1997), (Espinosa, *et al.* 2007).

Una aproximació del problema de la depressió en la infància i adolescència a Espanya, la trobem a través de les dades proporcionades per l'enquesta Nacional de Salut, que estimen que un 10,4% dels nens i un 4,8% de les nenes de 0 a 15 anys tindrà problemes mentals amb limitació en alguna de les activitats de la vida diària (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Així, la prevalença de depressió major s'estima en un 1-2 % dels prepuberals i al voltant d'un 3 -8% dels adolescents (Zalsman, Breut & Weersing, 2006).

Segons l'última Enquesta Nacional de Salut feta al 2011-12 es manifesta que un 0,2% dels homes i un 1,5 % de les dones de 15 a 24 anys pateix depressió crònica. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012).

Els trastorns depressius afecten a persones de qualsevol edat, condició econòmica, nivell educatiu o cultural i suposen un gran cost per l'individu, la família, el sistema sanitari i la comunitat en general. Però se sap, que hi ha una sèrie de factors de risc que donen un valor predictiu i serveixen per actuar de forma preventiva. (Argimón & Jiménez, 2000) (Sackett, Hayne, Guyatt & Tugwell, 1994).

Per aquest motiu, considerant que la depressió en nens i adolescents és una malaltia complexa amb múltiples factors de risc, que en ocasions interactuen entre si podent tenir un efecte acumulatiu, podem suposar que és improbable que un únic factor pugui explicar el desenvolupament d'una depressió, reduir la probabilitat d'ocurrència o que el seu control sigui suficient per prevenir-la. (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005) (Garber, 2006)

Així, conèixer aquests factors és summament important per reduir les probabilitats a patir la malaltia.

Els factors de risc específics o de vulnerabilitat (incrementen la predisposició general, però rarament provoquen directament la malaltia) inclouen factors genètics, sexe femení, edat post-puberal, baixa autoestima, història de trastorn afectiu dels pares, afectivitat negativa, baix recolzament social o antecedents de símptomes depressius;

els factors de risc no específics o d'activació (esdeveniments no desitjats que donen lloc a canvis permanents en les relacions familiars i d'amistat, implicats en l' inici de la depressió i en presència de factors de vulnerabilitat, els seus efectes poden ser majors) són l' exposició a la violència, l' aïllament social, el maltractament infantil, les situacions d'abús físic, emocional o sexual, la desestructuració familiar o consum de tòxics; i els últims són els coneguts com a factors de protecció o resiliència (redueixen la probabilitat de depressió en presència de factors de vulnerabilitat o d'activació) entre ells tenir una bona xarxa de suport familiar, bones relacions d'amistat, sentit de l' humor, nivell d'intel·ligència normal – alt, objectius personals valorats socialment, habilitats d'afrontament i de regulació de les emocions. (National Research Council, Institute of Medicine, 2009) (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005)

El diagnòstic de la depressió s'ha de realitzar per l'equip mèdic mitjançant una entrevista clínica, qüestionaris i una avaluació psicopatològica entre altres per aportar informació del seu entorn personal i escolar. Els criteris diagnòstics de depressió més utilitzats tant en la clínica com en les investigacions són la Classificació Internacional de Malalties (Trastorns Mentals i del comportament, CIE-10) i la American Psychiatric Association (DSM-IV-TR). (Organización Mundial de la Salud, 1992) (American Psychiatric Association, 2003)

La depressió infanto – juvenil té una forma de presentació polimorfa i pot emascarar-se amb els diferents trastorns que apareixen en determinats quadres psicopatològics. En aquestes etapes, la irritabilitat constitueix un símptoma característic de la depressió. Les manifestacions simptomàtiques estan marcades per l'edat del nen i poden agrupar-se segons el seu desenvolupament evolutiu, en l'adolescència seran: l'aparició de conductes de negació, abús d'alcohol i substàncies tòxiques, irritabilitat, mal humor, agressivitat, accions de robar, desig o intent de fuga, sentiment de falta d'acceptació, falta de col·laboració amb la família, aïllament, aspecte descuidat, hipersensibilitat, tristesa, anhedònia i/o pensaments relatius al suïcidi. És freqüent que el trastorn depressiu es presenti associat a trastorns per dèficit d'atenció, trastorns d'ansietat, trastorns per abús de substàncies i trastorns de conducta alimentària entre d'altres. (Harrington, 2005), (Yunes & Braier, 2008), (Acuña, Ausejo, Cruz, Fernández, Graell & Herráez, 2006).

Els trastorns depressius entre els adolescents tenen a vegades un curs crònic amb alts i baixos, i existeix un risc entre dos i quatre vegades superior de que persisteixi la depressió en l'edat adulta. (Pine, Cohen, Cohen, & Brook, 1999) .

Més del 70% dels nens i adolescents amb trastorns depressius no ha estat diagnosticat correctament ni rep el tractament adequat. (Pine, Cohen, Gurley, Brook & Ma, 1998).

Davant de tota la informació citada anteriorment puc exposar que, les repercussions de la depressió en adolescents tenen un gran impacte sobre el creixement i desenvolupament personal, sobre el rendiment escolar i les relacions familiars i interpersonals. Existeixen evidències de la possible continuïtat del trastorn depressiu al llarg de l'adolescència i de la seva prolongació durant l'edat adulta, la qual cosa es veu reflectida en els alts índex de consultes i hospitalitzacions psiquiàtriques i en els problemes laborals i de relació en el futur que origina. (Harrington, 1990), (Weissman, Wolk, Goldstein, Moreau, Adams & Greenwald, 1999). Per altre banda, els trastorns depressius es troben associats amb l'abús de l'alcohol i les drogues, la promiscuïtat sexual, les conductes delictives, l'augment de la violència, de l'agressivitat i els trastorns alimentaris, pel fet de que apart del cost personal també duu a un greu cost social. (Marcelli, 1992), (Alonso-Fernández, 1988).

D'aquesta manera justifico el meu projecte ja que degut a la seva prevalença i al seu paper com a un dels principals factors de risc de suïcidi i a la seva repercussió sobre l'estructura familiar i social, la depressió juvenil es considera de gran importància no només pel sistema sanitari sinó també per la societat. Cal establir noves formes de detecció per conèixer la simptomatologia en el seu inici i abordar un tractament des de la fase inicial.

Hipòtesis i objectius

Hipòtesis: Una intervenció educativa als centres d' ESO ajuda a millorar el diagnòstic precoç de depressió en adolescents.

Objectiu general: Millorar la detecció precoç de la simptomatologia de depressió major en adolescents.

Objectius específics:

- Identificar de forma precoç els símptomes de depressió en adolescents
- Atendre de forma adequada els adolescents que presenten simptomatologia depressiva
- Descriure els factors de risc que presenten els adolescents

- Educar amb intervencions educatives als instituts d' Educació Secundària Obligatòria
- Construir un instrument de mesura adequat per a la detecció precoç de simptomatologia depressiva

Metodologia

Àmbit d'estudi

Cardedeu és un municipi de la comarca del Vallès Oriental amb una població de 17.427 habitants i una superfície de 12.1 km². La població per grups d'edats es compon en: 3.257 habitants en la franja de 0 a 14 anys; 11.826 en la de 15 a 64 anys; 2.050 de 65 a 84 i 294 de 85 a més. (IDESCAT, 2012).

Al 2001 hi havia 5.638 habitants que tenien el segon grau en nivell d'instrucció (de 0 – 64 anys), d'aquestes 2.943 disposaven del títol d'ESO, EGB o Batxillerat Elemental. (IDESCAT, 2001).

Segons les últimes dades hi havia 808 alumnes cursant ESO repartits en els 3 instituts públics de la població, Institut el Sui, Institut Manel Raspall i Institut Pla Marcell (IDESCAT, 2006). Aquest any 242 alumnes s'han inscrit al primer curs d'ESO, dels quals 82 ho han fet al Pla Marcell, 84 El Sui i 76 al Manel Raspall. (El Nas, 2013)

Mostra

Degut a que els tres instituts tenen de referència la mateixa Àrea Bàsica de Salut, el nostre projecte és podrà desenvolupar als tres centres de secundària. Sent de rellevant importància ja que, de les dades obtingudes, podrem tenir informació de l'estat de salut mental dels adolescents de la població i destacar fins a quin punt la situació econòmica, familiar, d'entorn social, etc. és important en la prevenció de la depressió. Pel moment, i per la posada a prova del nostre projecte, el nostre protocol valora els alumnes del primer curs d' Educació Secundària Obligatòria (Fase 2).

Per tant, degut a les dades obtingudes de pre- matriculacions sabem que el nombre màxim d'alumnes enquestats serà al voltant dels 242 alumnes.

La selecció de la mostra és de caràcter no probabilístic, ja que es realitza de manera intencionada, proporcional al tamany de la població. Pel que fa al gènere no es va tenir en compte la proporció de nois i noies que hi havia als diferents instituts.

A tots ells, se'ls hi va requerir de forma obligatòria l'autorització degudament firmada, per ells i pels tutors legals, del consentiment informat, imprescindible per formar part de la mostra d'estudi.

Ahora, que es va demanar l'autorització als Centre d' ESO per fer l'ús de les instal·lacions i per la recaptació de les dades dins el seu recinte i horari lectiu. El tutor dels diferents serà l'encarregat (amb prèvia explicació i formació per part nostra) de recollir les autoritzacions del Consentiment Informat, de repartir el qüestionari de BDI-II, i de fer-nos arribar tota la informació per poder ser avaluada per l'equip del projecte.

Críteris d'Inclusió

- Alumnes de 1r ESO de l'IES el Sui, Manel Raspall i Pla Marcell

Críteris d'exclusió

- Alumnes nous recentment on hi hagi una barrera idiomàtica per entendre la llengua

Disseny de l'estudi

El disseny d'aquest projecte és quasi experimental, és una variació de l'experimental, en el que els subjectes de l'experiment són persones, en aquest cas, alumnes de secundària de la població de Cardedeu. Aquest, és útil per estudiar problemes en els que no es pot tenir un control absolut de la situació, tot i que se'n vol tenir el màxim possible. Per tant, el quasi experimental s'utilitza quan no és possible realitzar la selecció aleatòria dels subjectes que participen en l' estudi. Per això una característica d'aquest estudi es inclou grups intactes, com és el cas del grup del nostre projecte (grup classe de 1r ESO)

De totes maneres, hi ha una hipòtesi, una resposta i una exposició per contrarestar, tot i l'absència del grup control. En resum, és un tipus d'investigació que comparteix gran part de les característiques d'un experiment, però les comparatives en la resposta dels subjectes es realitza entre grups no equivalents, o sigui grups que presenten molts altres aspectes diferents i no només l'exposició. Així la principal dificultat es diferenciar els aspectes específics del tractament (exposició) d'aquells efectes inespecífics que es deriven de la falta de comparació.

Entre els efectes adversos que s'han de tenir en compte degut a les característiques d'aquest tipus d'estudi són: l'efecte Hawthorne, conegut com a resposta induïda pel coneixement dels participants al que s'està estudiant; efecte placebo, sent la resposta que es produeix en una persona malalta conseqüència de l'administració d'un tractament, però que no pot considerar-se com un efecte específic del mateix; regressió a la mesura, amb la tendència dels individus que tenen un valor molt elevat d'una variable d'obtenir valors més aprop a la mitjana de la distribució quan la mateixa variable es mesura per segona vegada o de forma repetida en els temps i l'evolució natural, quan el curs habitual d'una malaltia tendeix cap a la resolució, els esforços terapèutics poden coincidir amb la millora observada, però no ser-ne la causa.

El disseny més habitual d'aquest tipus d'investigació es l'estudi abans - després (o pre - post), d'un sol grup o amb un grup control no equivalent, aquest tipus de disseny es basa en la medició i comparació de la variable resposta abans i després de l'exposició del subjecte a la intervenció experimental. Els dissenys abans - després amb un sol grup permeten a l'investigador manipular l'exposició, però no inclouen un grup de comparació. Cada subjecte actua en el seu propi control com serà el nostre cas.

Les tècniques mitjançant les que es poden recopilar informació són les proves estandaritzades, com seran els qüestionaris escollits, tant el que passarà el professor a l'aula (BDI-II) com el que es passarà al CAP (PHQ-9). Els resultats que obtindrem ens permetrà realitzar diversos anàlisis estadístics com son: la proba t, l'anàlisi de variació, l'anàlisi de co- variació, etc.

Els avantatges d'aquest tipus d'estudi són:

- permet realitzar investigacions dins un marc de restriccions, particularment la falta d'aleatorització
- dóna alternativa quan no es possible aleatoritzar una intervenció o quan no es possible tenir un grup control

Les limitacions són:

- la variable independent pot confondre's amb variables estranyes, per la qual cosa no se sap si un canvi en la variable dependent es deu realment a la variació de la variable independent es a dir, la probabilitat de conclusió de que la variable independent produeixi un determinat canvi conductual es menor quan s'utilitza un disseny quasi experimental que quan resulta d'un experiment
- no es pot assegurar que els canvis que apareguin siguin deguts a la pròpia intervenció, a altres intervencions o a factors no controlats

- a l' utilitzar grups intactes existeix la possibilitat de que es presentin biaix en la selecció, per tant, cal tractar d'igualar els grups experimentals i control amb base aquelles variables considerades com importants en l'estudi
- quan es considerin problemes de validesa en la investigació quasi experimental, s'han de tenir presents: identificar clarament les limitacions de l'estudi, l' equivalència entre els grups i argumentar lògicament els aspectes representatius i generals de la investigació
- el desenvolupament de la investigació en un ambient natural possibilita la intervenció de variables estranyes sobre les que segurament no es podrà exercir control
- un inconvenient del quasi experiment es prendre el grup intacte
- l'investigador no te la certesa de que la mostra sigui representativa de la general, per tant això constitueix una amenaça a la validesa externa, d' on surt la limitació de l' estudi
- en un quasi experiment es important tenir cura dels subjectes perquè no s'enterin de que estan participant en una investigació per evitat esbiaixar els resultats (efecte Hawthorne o efecte placebo). Existeix la possibilitat, sobre tot quan no existeix grup control, de que es produeixi l' efecte Hawthorne, l' efecte placebo, la regressió a la mesura i el no control de l' evolució natural de la malaltia.

(Segura, 2003) (López, Dell'Olmo, Pèrez & Nebot, 2011)

Intervenció de l'estudi

Fase 1:

- Reunions setmanals amb l'equip de treball format per, 2 coordinadors de l'estudi, 2 infermeres, 2 infermeres de salut mental, 2 pediatres, 1 psiquiatres, 2 psicòlegs clínics i 2 tècnics informàtics. Col·laboradors experts en l'àmbit del coneixement i l'experiència en els casos de depressió en adolescents; i un grup revisor format per representants de les diferents societats científiques i associacions directament relacionats amb la depressió infantil i juvenil.
- Elaboració dels consentiments informats dels alumnes i dels centres. (veure Annex 1)
- Elaboració del pla de treball: organització del projecte
- Elaboració del programa formatiu pels tutors dels diferents grups de 1r ESO, per conèixer els qüestionaris que s'utilitzaran, la importància de l'explicació

correcta de com s'han de contestar i sessions formatives per explicar la metodologia que es seguirà en tot el procés un cop comenci la Fase 2 del projecte

- Establir els protocols a seguir en la detecció d'alumnes amb depressió lleu, moderada o greu.
- Formular línies d'intervenció unànimes per donar una atenció personalitzada a cada adolescent
- Organitzar sessions informatives als Instituts després d'haver passat el Test de Beck per potenciar l'educació per a la salut.
- Els tutors dels instituts recullen els Consentiments Informats dels alumnes i es reparteix el BDI-II (veure Annex 2)

Fase 2:

- Recollida dels Consentiments Informats i els Test de BDI-II contestats
- Discriminació de dades: dades no complertes i respostes no contestades
- Detectar i discriminar de la mostra aquells alumnes que hagin estat diagnosticats d'algun trastorn de salut mental amb anterioritat, que prengui tractament farmacològic amb antidepressius, que presenti dèficit d'aprenentatge i/o de comprensió lectora
- Anàlisi dels resultats de forma quantitativa i qualitativa, identificant els alumnes que requeriran consulta al CAP
- Identificació del risc que tenen els alumnes dins el grup classe de patir depressió
- Realitzar educació per a la salut al grup classe per reduir aquest risc segons els paràmetres alterats en l'enquesta

Fase 3: (només pels alumnes que a la Fase 2 hagin obtingut una puntuació de depressió moderada o greu)

- Concertar visita al CAP per entrevista individualitzada aquells alumnes amb valors de BDI-II superior a 16
- Corroborar que presenta signes de depressió moderada i cal passar-li el PHQ-9 (veure Annex 3)
- Valoració dels resultats
- Elaboració del pla terapèutic que caldrà seguir

Fase 4

- Avaluació de les dades obtingudes mitjançant les enquestes sobre la salut mental dels adolescents de la població

Fase 5

- Repartició d'una nova enquesta de BDI-II per comparar els resultats obtinguts, es preveu que la reavaluació es farà quan els alumnes cursin 3r d'ESO, degut al temps que passarà des del primer qüestionari, la intervenció als alumnes que ho necessitin a nivell ambulatori i les sessions formatives a l'aula.
- Avaluació dels resultats obtinguts en simptomatologia depressiva amb aquells alumnes que han requerit tractament terapèutic
- Avaluació dels beneficis que ha dut als alumnes les xerrades d'educació per a la salut realitzades a les classes
- Comparació individual i en grup de l'estat de salut mental que presentaven a 1r d'ESO i a 3r d'ESO, amb els resultats obtinguts del qüestionari de Beck
- Estudi estadístic de l'efectivitat de l'atenció individualitzada i/o en el grup classe; i valoració de l'estat percentil dels factors de risc.

Fase 6

- Elaboració de l'informe final
- Presentació escrita i oral del projecte

Mètodes de medicació

Existeixen diferents instruments per l'avaluació de la depressió en nens i adolescents, fonamentalment, qüestionaris autoinformatos (auto o heteroaplicables) i entrevistes amb diferents graus d'estructuració. L'instrument d'avaluació que s'escollirà dependrà fonamentalment de l'objectiu d'aquesta.

Alguns instruments d'avaluació són més generals i altres més específics, alguns presenten versions reduïdes per disminuir el temps de realització i inclús poden ser duts a terme en diferents àmbits, no només el clínic. (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005), (Richardson & Katzenellenbogen, 2005), (Cuijpers, van Straten, Smits, & Smit, 2006).

Els qüestionaris escollits pel meu projecte són, el Beck Depression Inventory-2nd (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996) i el Patient Health Questionnaire-Adolescent version (PHQ-9) (Johnson, Harris, Spitzer & Williams, 2002).

L'objectiu d'elecció de dos tests és que el Beck l'utilitzaré per la primera valoració a l'entorn escolar i el de Johnson l'utilitzaré en aquells adolescent que el resultat del primer indiqui predisposició a tenir depressió, en aquest cas la valoració és farà des de l'atenció primària.

Les característiques del qüestionari Beck són: és la forma més recent pròxima al DSM-IV, dissenyada per realitzar-se en 10 minuts, diferencia de forma precisa els adolescents que poden patir depressió d'aquells amb una probabilitat menor. Les últimes investigacions corroboren la fiabilitat de l'instrument i la seva capacitat per discriminar adequadament la presència de símptomes i trastorns depressius. (Penley, Wiebe & Nwosu, 2003)(Sanz, Navarro & Vázquez, 2003). Està format per 21 preguntes amb quatre opcions de resposta, cada una ordenada de menor a major gravetat, l'adolescent ha d'escollir la frase que millor descriu el seu estat durant les últimes dos setmanes, inclòs el dia que completa l'instrument. Pel que fa a la correlació, cada ítem es valora de 0-3 punts en funció de l'alternativa escollida i després es suma la puntuació total que varia de 0 a 62. La puntuació indica de 0-9 no deprimat, 10-15 lleugerament deprimat, 16 - 24 moderadament deprimats i 25 - 62 greument deprimats. (Melipillan, Cova, Rincon & Valdivia, 2008).

El PHQ/9 és un qüestionari basat en el DSM-IV, dissenyat per la seva aplicació en atenció primària, inclou ítems sobre depressió i d'altres trastorns freqüents de l'adolescència. És breu i fàcil d'entendre pels pacients, de marcar i està disponible de forma gratuïta, en molts centres d'atenció primària ja l'estan utilitzant (en adults) i això fa que estiguin familiaritzats amb la seva administració i puntuació. Una puntuació de 5-9 es considera depressió mínima, de 10-14 lleu, de 15-19 moderada/ important i més de 20 greu. (Richardson, *et al.* 2010)

L'escala de BDI-II, es passarà a la fase 1, durant les tutories a l'Institut i servirà com a referència per conèixer quin és l'estat de salut dels adolescents, quin índex de depressió presenten, quin risc tenen... i usar com a base per donar atenció aquells alumnes que ho necessitin. D'aquesta manera, i un cop analitzats els valors obtinguts, l'equip del projecte podrà citar al CAP de forma individualitzada aquells alumnes que requereixin una nova avaluació (sempre que els valors hagin sortit iguals o superiors a 16 indicatius de depressió moderada o greu).

Per tots aquells nois i noies que requereixin una entrevista al CAP per avaluar objectivament la seva simptomatologia se'ls i passarà el segon qüestionari el PHQ-9, fase 3, específic pels professionals d'atenció primària que dona uns resultats més fiables i específics de l'índex de depressió del pacient.

Anàlisi dels registres

L'equip del projecte compta amb la participació de dos tècnics informàtics que s'encarregaran de la creació d'una base de dades que servirà per recollir tota la informació extreta dels qüestionaris. Així, serà de gran utilitat poder elaborar anàlisis de dades i fer valoracions estadístiques per les posteriors avaluacions.

Tots els membres de l'equip comptaran amb la mateixa bases de dades que s'anirà actualitzant en la mesura que s'introdueixin les dades així en qualsevol moment, qualsevol dels membres podrà disposar dels valors a temps real.

En la base que ens servirà de registre podrem incloure, el nom dels alumnes, el sexe, les respostes a les preguntes i la puntuació final del qüestionari BDI-II. Al mateix temps comptarà amb espai per redactar el seguiment que se li fa des de l'atenció primària aquells que ho necessitin i la presència del test PHQ-9 que com en l'anterior es podran introduir els valors obtinguts per tenir dins el mateix programa totes les dades de cada un dels alumnes avaluats.

La informatització d'aquests registres permetrà poder anotar a quina alumnes se'ls ha fet atenció individualitzada i a quins grupal. I anotar de nou els resultats dels test que se'ls i vagin passant.

D'aquesta manera, sempre podrem tenir estudis estadístics individuals de cada un d'ells, en grup o generals de tots els alumnes de la població de Cardedeu. Ampliant molt més la informació, fent les valoracions més personalitzades i obtenint dades més concretes del nostre projecte d'estudi.

Limitacions de l'estudi

Els nostre projecte d' estudi és quasi experimentals i com a tal, té el risc de que els canvis que es produeixin en l'estat de salut mental dels nens no es puguin afirmar que siguin per la nostra intervenció sinó per altres accions que faci l'adolescent, per exemple canvis en el seu entorn i que el beneficiïn o al contrari l'afectin fent-lo més vulnerable a desencadenar un trastorn depressiu.

Alhora, podem intuir que aquests canvis seran més controlats amb aquells nois i noies que estiguem tractant des de l'atenció primària ja que, el pla terapèutic ens permetrà valorar-los de més a prop però, als adolescents que en un inici no presenten depressió en els dos anys que no tractarem individualment poden patir canvis de conducta que els predisposin a patir trastorns depressius, per aquest motiu és important que es

donin periòdicament xerrades, tallers, sessions informatives, etc. de totes aquelles eines que des de la Salut pública podem adaptar per minimitzar aquests factors de risc. Per tant, l'efecte d'evolució natural de la malaltia és l'únic que no podrem evitar, però si l'efecte Hawthorne, placebo i de regressió.

Davant d'aquest estudi no tenim la certesa de que la mostra sigui representativa, ja que escollim un grup intacte d'alumnes de 1r d'ESO, del municipi de Cardedeu, amb una edat per norma general de 12 -13 anys i per tant, potser una amenaça per la nostra validació ja que el factor entorn influeix directament en la situació sociodemogràfica de la població escollida, la situació econòmica i familiar.

Aspectes ètics

El Consentiment Informat és un document obligatori per formar part del nostre estudi, aquest no només estarà firmat per l'alumne sinó també pel representant legal juntament, amb el document de Protecció de dades que redactarà l'equip del projecte i on constarà quin és l'ús que es farà de les dades obtingudes i com es manipularan. Abans, de la posada a punt d'aquest projecte un comitè d'ètica l'haurà acreditat.

Utilitat pràctica dels resultats

L'objectiu del projecte és poder detectar de forma precoç símptomes de depressió en adolescents. Tal i com especifica l'objectiu, hem elaborat un projecte que en aquest cas, es centra en una població concreta com és Cardedeu però de fàcil implantació a la resta de municipis de Catalunya com un programa més de prevenció realitzat des de l'atenció primària.

La depressió és una malaltia mental cada vegada més prevalent a la nostra societat, el 2020 es preveu com a segona causa de pèrdua d'anys de vida i com a segona causa de discapacitat, aquestes xifres són altament preocupants, i més, si parlem de que la seva edat d'inici es cada vegada menor. Així no es d'estranyar que l'OMS ho classifiqui com un problema de salut pública cada vegada més evident, per aquest motiu crec que es més que justificat que s'hagi de promoure una intervenció de prevenció per poder reduir les xifres que tenim actualment, una de cada cinc persones desenvoluparà depressió al llarg de la seva vida (Murray & López, 1997). Tot i que la patologia no fa cas d'edat, condicions econòmiques, culturals, socials, etc, sabem que

hi ha determinats factors de risc que agreugen i predisposen a les persones a emmalaltir, si pensem que els adolescents estan en una època de vulnerabilitat crec que és més motiu per protegir aquest franja d'edat, que de per si, ja comporta importants canvis físics, psíquics, emocionals, de relació, etc. (Argimón & Jiménez, 2000)

Actualment, vivim una situació econòmica que dificulta la implantació de noves mesures o nous programes protocol·litzats per fer prevenció, però si pensem que aquest projecte pot reduir el nombre d'adolescents a patir una malaltia mental i tots els efectes que se'n deriven com alteracions de la conducta, agressivitat, promiscuïtat sexual, trastorns d'alimentació, abús d'alcohol i substàncies addictives, etc. la inversió farà un efecte de feed-back en el futur, ja que hi ha evidències científiques de la prolongació de la depressió durant l'edat adulta i l'efecte associat a la descendència, on els fills de pares amb depressió tenen una probabilitat entre 3 i 4 vegades superior de desenvolupar trastorns de l' humor i concretament psicopatologia materna (factor de risc de vulnerabilitat). (Garber, 2006)

Per altra banda, el disseny d'aquest estudi es de baix cost ja que la principal inversió s'ha de fer amb el personal sanitari que hi treballa i si s'arriba a implantar com a protocol de prevenció aquests costos seran menors encara ja que, el personal serà el mateix que el present a les ABS.

Un altre benefici important és l'apropament que fa el personal sanitari als diferents Centres d'Educació Secundària, moltes vegades els nois i noies no veuen com a referent el personal del CAP, i poder establir un vincle de comunicació amb aquest grups d'adolescents ens pot repercutir favorablement quan recorrin a la seva infermera de referència per problemes sexuals, d'addiccions, etc.

Com a punt a favor es que per l'estudi utilitzem dos instruments de mesura fàcils d'utilitzar i de gran fiabilitat diagnòstica. El BDI-II és de fàcil maneig i passa'l a la pròpia aula de secundària facilitarà la col·laboració entre docent i sanitari, relació que s'anirà treballant per poder fer intervencions de salut pública durant el curs acadèmic, com xerrades informatives o tallers. (Penley, *et al.* 2003). Per altra part, el PHQ-9 és un instrument que es sol utilitzar als CAP per la detecció de simptomatologia en adults i per tant, és conegut per molt del personal sanitari. Aquest junt a l'entrevista individualitzada i l'avaluació psicopatològica permetrà a l'equip mèdic diagnosticar la depressió i establir un pla terapèutic adequat a les necessitats de l'adolescent. (OMS,

1992). D'aquesta manera, no haurem esperat a que el noi o noia tingui manifestacions simptomàtiques greus o hagi fet accions de risc per la seva vida com són les idees suïcides presents en aquests trastorns mentals. Per tant, podem donar un enfocament proactiu a la salut mental, a maximitzar factors de protecció i prevenció i reduir els factors de risc de la malaltia mental.

Organització del projecte

| Fases | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Trimestre | | | | | | |
| Reunions amb l'equip del projecte | X | | | | | |
| Bibliografia / documentació | X | | | | | |
| Planificació del treball de camp | X | | | | | |
| Elaborar línies d'actuació | X | | | | | |
| Organitzar sessions educatives | X | | | | | |
| Realitzar intervencions educatives | | X | | | | |
| Recollida de dades | | X | | | X | |
| Creació de la base de dades | | X | | | | |
| Anàlisi de resultats | | X | | | X | |
| Concertar visites individualitzades al CAP | | | X | | | |
| Valoració dels resultats | | | X | | X | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| Elaboració del pla terapèutic | | | X | | | |
| Avaluació de les dades obtingudes | | X | | X | X | |
| Discussió | | | | | X | |
| Elaboració de l'informe final | | | | | | X |
| Presentació oral o escrita | | | | | | X |

Bibliografia

- Acuña, R., Ausejo, M., Cruz, M^a., Fernández, I., Graell, M., Herráez, C., (2006).
 Recomendaciones para la valoración y tratamiento de la depresión infanto-juvenil.
Recomendaciones farmacoterapéuticas en Salud Mental, febrero (3), 1-19.
- Alberdi, Sudupe. J., Taboada, O., Castro, Dono. C.,. (2003). Depresión. *Guías clínicas Fistera*. Recuperat de <http://www.fistera.com/guias2/depresion.asp>
- Alonso-Fernández. F., (1988). *La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico*.
 Barcelona: Labor
- American Psychiatric Association.(2003). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson
- Argimón, Pallás. J., Jiménez, Villa. J.,. (2000). *Inferencia causal. Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (265-272). Barcelona: Harcourt
- Barreto, V. Dimitri (1997). Depresión en la adolescencia. *Banco de Enfermería Científico – Médica*. (8)
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K., (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Chacón, Moscoso. S., Shadish, W.,. (2001). Observational studies and quasi-experimental designs: Similarities, differences and generalizations. *Metodología De Las Ciencias Del Comportamiento*, 3(2), 283-290.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smits, N., Smit, F.,. (2006). Screening and early psychological Intervention for depression in schools : systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15(5), 300-7.
- Del Barrio, M. V., Mestre, M. V., Tur, A., Samper, P.,. (2004). La depresión infanto-juvenil. El efecto de los factores emocionales, comportamentales y

- sociodemograficos / child and adolescent depression: The effect of behavioral, emotional, and sociodemographic factors. *Revista De Psicologia General y Aplicada*, 57(1), 5-20.
- Espinosa, A. Amilcar., Caraveo, A. Jorge., Zamora, O. Miguel., Arronte, R. Alicia., Krug, Ll. Ernesto., Olivares, S. Roberto., Reyes, M. Hortensia., Tapia, G. Mario., Garcia, G. José., Doubova. S., Peña, V. Abel. (2007). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental*, 30 (006), 69-80
- El nas de cardedeu. Periòdic Local i Independent de Cardedeu. (2013). Recuperat de <http://elnasdecardedeu.wordpress.com/category/educacio/>
- Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. *Am J Prev Med*, 31(6 Suppl 1),104-25.
- GENCAT. Mapa escolar 2012-2013. (2013). Departament d'ensenyament . Recuperat de <http://aplitic.xtec.cat/MapaEscolar/>
- GENCAT. Salut en Xifres, 2009. (2009). Departament de salut. Recuperat de http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossca_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Informacio_general_enquestes_salut/Salut_xifres/Fitxers_estatics/salut_xifres_2009.pdf
- Gladstone, T. R. G., Beardslee, W., O'Connor, E., (2011). The prevention of adolescent depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(1), 35-52. doi:10.1016/j.psc.2010.11.015
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J. A., Ramos-Lira, L., & Wagner, F. A. (2008). Aplicación de la escala de depresión del center of epidemiological studies en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública De México*, 50(4), 292-299.
- Harrington, R.,(2005) Affective disorders. Child and Adolescent Psychiatry. 4th ed. Oxford: Blackwel Publishing; 2005.
- Harrington, R., (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. *Psiquiatric status*. *Arch Gen Psychiatry*, 47(5):465-73.
- IDESCAT. (2006). Centres i alumnes d'educació Secundària: ESO, Batxillerat, CFGM i CFGS. Cardedeu. Generalitat de Catalunya. Departament d'estadística. Recuperat:<http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=1&V3=332&V4=224&ALLINO=TRUE&PARENT=25&CTX=B&V1=08046&VOK=Confirmar>
- IDESCAT. (2001). Població segons nivell d'instrucció. Recòmptes. Població de 10 anys i més. Cardedeu. Generalitat de Catalunya. Departament d'estadística. Recuperat de <http://www.idescat.cat/territ/BasicTerr?TC=5&V0=1&V1=08046&V3=319&V4=15&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&CTX=B>

- IDESCAT. (2012). Dades municipals 2012. Generalitat de Catalunya. Departament d'estadística. Recuperat de <http://www.idescat.cat/emex/?id=080462#h246>
- Johnson, JG., Harris, ES., Spitzer, RL., Williams, JB.,(2002). The patient health questionnaire for adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *J Adolesc Health,30(3)*,196-204.
- López, M^aJosé., Dell'Olmo, Marí. Marc., Pérez-Giménez., Anna., Nebot. Manel. (2011). Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos. *Gaceta Sanitaria. 25(1)*,9-16
- Marcelli. D.,(1992). Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal. Barcelona: Masson.
- Melipillán, Araneda. R., Cova, Solar. F., Rincón, González. P., Valdivia, Peralta. M., (2008). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica, 26(1)*, 59-69
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Publication Status: New Search for Studies and Content Updated (Conclusions Changed) Published Online: 7 DEC 2011, Issue 12. Art. No.: CD003380 doi:10.1002/14651858.CD003380.pub3.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo.(2006). Encuesta Nacional de Salud. Recuperat <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo.(2012). Encuesta Nacional de Salud 2011-12. Recuperat http://www.msps.es/ca/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/EstadoSalud_DistribucionPorcentual.pdf
- Murray, CJ., Lopez, AD., (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet, 349(9064)*,1498-504
- National Research Council, Institute of Medicine.(2009). Depression in parents, parenting, and children. Washington DC: National Academies Press; The etiology of depression; p. 73-118.
- National Collaborating Centre for Mental Health.(2005). Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Recuperat de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (1992). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor
- Palacios, J., Triadú, C. (1993). Introducción conceptual a la psicología evolutiva. *Psicología evolutiva*. UB, UAB, Eumo Editorial, 21-22.
- Penley, J., Wiebe, J. & Nwosu, A. (2003). Psychometric properties of the spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. *Psychological Assessment*, 15, 569-577
- Pine, DS., Cohen, E., Cohen, P., Brook, J.,(1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? . *Am J Psychiatry*. 156:133-5.
- Pine, DS., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., Ma, Y., (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 55:56-64.
- Polgar, M. P. D., Thackery, E., & Harris, M. S. (2003). *Gale encyclopedia of mental disorders*
- Ramos, Álvarez. M., Valdés, Conroy. B., Catena, A.,. (2006). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 773-787.
- Richardson, L., McCauley, E., Grossman, D., McCarty, C., Richards, J., Russo, J., Katon, W. (2010). Evaluation of the patient health questionnaire-9 item for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 1117-1123. doi:10.1542/peds.2010-0852
- Richardson, LP., Katzenellenbogen, R.,(2005). Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 35(1):6-24.
- Sackett, DL., Haynes, RB., Guyatt, GH., Tugwell, P.,. (1994). Selección de pruebas diagnósticas. Epidemiología clínica. *Ciencia básica para la medicina clínica*. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 62-78.
- Sanz, J., Navarro, M.E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Segura Cardona, AM. (2003). Diseños cuasiexperimentales. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, Recuperat de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/renacip/disenos_cuasiexperimentales.pdf
- Weissman, MM., Wolk, S., Goldstein, RB., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S.,(1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 281(12):1707-13.

- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Ginebra
- World Health Organization. (2007). Depression. Geneva: World Health Organization; Recuperat de: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
- Yunes, R., Braier, M,. (2008). Depresión en niños y adolescentes. Biblioteca consulta PSI Infancia y Adolescencia. Capital Federal - República Argentina: Psygnos web recursos informáticos; Recuperat de: http://www.psygnos.net/biblioteca/articulos/infancia/yunes_depre.htm.
- Zalsman, G., Breut, DA., Weersing, VR. (2006). Depressive disorders in childhood and adolescence: an overview epidemiology, clinical manifestation and risk factors. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 15: 827-841.

La cerca bibliogràfica es va realitzar mitjançant l'ús de bases de dades i fonts de cerca d'evidència científica. Les consultades van ser: BioMed Central Journals, CancerLit, Cinahl, DOAJ, Gale Virtual Reference Library, ISI Web of Science, MEDLINE (New ISI XML), Psycinfo, PubMed, Sage (2006-2012), ScienceDirect, SCOPUS - V.4 (Elsevier). Totes elles presents a través del cercador de la universitat de Vic: CercaTot
Els descriptors utilitzats van ser: depressió, adolescents, intervenció (en català, castellà i anglès) .

Pressupost

| Conceptes | Euros |
|--|--|
| Personal <ul style="list-style-type: none"> - 6 professionals 5h / set cada un X 8 €/h durant 9 mesos - 5 professionals 5h / set cada un X 8€/h durant 9 mesos - 2 professionals 40h/ mes cada un X 8€/h durant 2 mesos | 960 x 9 = 8640 800 x 9 = 7200 640 x 2 = 1280 |
| Material inventariable <ul style="list-style-type: none"> - sala de reunions del CAP i dels IES | 0 |
| Material fungible <ul style="list-style-type: none"> - paquet de 500 folis, arxivadors - fotocopies x 3 enquestes - bolígrafs, llapis, subrallador - títex, gomes de borrar - grapadora | 20 200 10 10 14 |
| Viatges i dietes <ul style="list-style-type: none"> - gasolina | 500 |
| Altres despeses (cursos de formació, telèfon...) <ul style="list-style-type: none"> - imprevistos | 1000 |
| Total | 18874 |

Annexes

Annex 1: Consentiment Informat

FULL D'INFORMACIÓ AL PACIENT I TUTOR LEGAL

TÍTOL DE L' ESTUDI:

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

CENTRO D' A.P AL QUE PERTANY:

INTRODUCCIÓ

Ens dirigim a vostè per informar d'un estudi que s'està duent a terme als diferents instituts del municipi de Cardedeu i en el que el seu fill/a està invitat a participar. Aquest estudi ha estat aprovat pel Comitè d'Ètica.

La nostra intenció és que vostè i el seu fill/a rebin la informació correcta i suficient per poder avaluar i jutjar si li permet o no participar a l'estudi. Per aquest motiu, llegeixi aquesta fulla informativa amb atenció i nosaltres li aclarirem qualsevol dubte que li pugui sorgir després de les explicacions.

PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

Ha de saber que la participació del menor en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment informat en qualsevol moment, sense que per això s'alteri la seva relació amb el seu equip d'atenció primària.

DESCRIPCIÓ GENERAL DE L' ESTUDI:

L'objectiu d'aquest estudi es detectar de forma precoç simptomatologia depressiva que es pugui presentar en els adolescents dels instituts del municipi. Es passarà una enquesta a l'escola que avalua el grau de depressió que presenta el seu fill/a (podent ser 0). Les enquestes seran recollides per personal sanitari i només aquest tindrà accés als resultats. Si el seu fill/a presenta algun risc a patir depressió es concertaria una visita individual i confidencial amb la seva infermera de referència d'Atenció Primària per tal de reavaluar si presenta o no algun factor de risc que el faci vulnerable a patir algun símptomes de depressió.

BENEFICIS I RISCS DERIVATS DE LA SEVA PARTICIPACIÓ EN L' ESTUDI

Amb aquest estudi es pretén detectar de forma precoç si algun noi/a del municipi (adolescents) té risc a desenvolupar algun dels símptomes de depressió, com poden ser alteracions en la conducta, agressivitat, pèrdua d'interès, manca de concentració,

etc. i així abastar aquests problemes des de l'arrel per tal de disminuir el risc a tenir depressió en l'edat adulta. A més, es realitzaran xerrades educatives a l'escola per part del personal sanitari per informar de com prevenir aquesta patologia.

CONFIDENCIALITAT

El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal de tots els participants s'ajustarà al disposat a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal. D'acord amb el que estableix la legislació esmentada, vostè pot exercir el seu dret d'accés, modificació, oposició i cancel·lació de les dades, per la qual cosa haurà de dirigir-se a la seva infermera de l'estudi.

Les dades recollides per l'estudi estaran identificades mitjançant un codi i només el personal sanitari de l'estudi/ col·laboradors podran relacionar aquestes dades amb vostè i la història clínica del seu fill/a. Per tant, la seva identitat no serà revelada davant de cap persona aliena a l'estudi.

Al firmar la fulla de consentiment adjunt, es compromet a complir amb els procediments de l'estudi que se li han exposat.

MODEL DE CONSENTIMENT PER L'ALUMNE

| | | | |
|---|------|-------------------------|------|
| Codi de l'estudi: | | | |
| Jo, (nom i cognoms) | | | |
| He llegit la fulla d'informació que se me ha entregat. | | | |
| He pogut fer les preguntes sobre l'estudi. | | | |
| He rebut suficient informació sobre l'estudi. | | | |
| He parlat amb : (nom de l'investigador). | | | |
| Comprenc que la meva participació és voluntària. | | | |
| Comprenc que puc retirar-me de l'estudi: | | | |
| 1. Quan vulgui. | | | |
| 2. Sense haver de donar explicacions. | | | |
| 3. Sense que això repercuteixi en les meves atencions mèdiques. | | | |
| Presto lliurement la meva conformitat per participar en l' estudi i dono el meu consentiment per l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades a la fulla d'informació. | | | |
| Firma del pacient/alumne | | Firma de l'Investigador | |
| Nom | Data | Nom | Data |
| Aquest document es firmarà per duplicat quedant-se una còpia l'investigador i l'altre el pacient. | | | |

MODEL DE CONSENTIMENT PEL REPRESENTANT LEGAL

Codi de l'estudi

Jo, (nom i cognoms) en qualitat de (relació amb el participant). de(nom del participant)

He llegit la fulla d' informació que se me ha entregat.

He pogut fer les preguntes sobre l'estudi.

He rebut suficient informació sobre l'estudi.

He parlat amb : (nom de l'investigador).

Comprendc que la meva participació és voluntària.

Comprendc que puc retirar-me de l'estudi:

1. Quan vulgui.
2. Sense haver de donar explicacions.
3. Sense que això repercuteixi en les meves atencions mèdiques.

Sota la meva presència s'ha donat a (nom del participant) tota la informació pertinent adaptada al seu nivell d' entendriment i està d'acord a participar. Presto la meva conformitat per que (nom del participant) participi en aquest estudi i dono el meu consentiment per l' accés i utilització de les dades en les condicions detallades en la fulla d' informació

Firma del representant

Firma de l'Investigador

Nom

Nom

Data (*escrita pel representant*)

Data

Aquest document es firmarà per duplicat quedant-se una còpia l'investigador i l'altre el pacient.

Annex 2: Escala de Beck

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mi mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

Annex 3: Escala PHQ-9

| Durante las últimas 2 semanas, ¿ has tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades? | | | | |
|---|----|-------------|-----------------------------|---------------------|
| | No | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 1. Tienes poco interés o placer en hacer cosas | | | | |
| 2. Té sientes decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas | | | | |
| 3. Tienes dificultad en dormirte, permanecer dormido(a), o dormir demasiado | | | | |
| 4. Te sientes cansado o con poca energía | | | | |
| 5. Comes en exceso o te manca el apetito | | | | |
| 6. Te sientes mal contigo mismo(a) , piensas que eres un fracaso, que has quedado mal o que has fallado a tu familia | | | | |
| 7. Tienes dificultad en concentrarte en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión | | | | |
| 8. ¿Te notas que te mueves o hablas lento, y que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) mucho más de lo normal | | | | |
| 9. Tienes pensamientos de que estarías mejor muerto(a) o has pensado en haberte daño | | | | |
| Puntuación TOTAL | | | | |

Autorització de difusió

Aquesta autorització té com a objectiu que es pugui guardar un exemplar a la Biblioteca de la UVic i que es pugui incorporar a un repositori accessible als membres de la comunitat universitària. Els criteris els adoptarà GEMMA GUITART ROSSELL.

Els drets de propietat intel·lectual del TFG corresponen a l'estudiant GEMMA GUITART ROSSELL.

El sota signant autoritza que aquest treball TFG es pugui difondre de forma oberta per mitjà dels canals o mecanismes de divulgació científica i docent en els quals participa la Uvic sota autorització de l'alumne.

Nom: Gemma Guitart i Rossell

Signatura:

Vic a, de de