

REVISTA DE PSIQUIATRÍA
 INFANTO-JUVENIL
 Número 3/2018
 Julio-Septiembre

Premio AEPNyA de Investigación 2016

229

**L. Varela Reboiras, J.A. Mazaira Castro, J.B. Brenlla
 González, G. Atienza Merino**

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de
 Compostela. Población: Santiago de Compostela

*Implementación de un
 programa de identificación
 terapéutica de depresión
 en adolescentes en el área
 sanitaria de Santiago de
 Compostela*

Correspondencia:

Lucía Varela Reboiras. Servicio de Psiquiatría.
 Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de
 Compostela.
 Travesía da Choupana s/n. 15706.
 Santiago de Compostela.
 Correo electrónico: lu-manselle@hotmail.com

*Implementation of a
 therapeutic identification
 program of depression in
 young people in health area of
 Santiago de Compostela.*

Resultados preliminares del trabajo: Varela L, Mazaira JA, Brenlla JB, Atienza G. Implementación del programa TIDY (identificación terapéutica de la depresión en adolescentes) en el área sanitaria de Santiago de Compostela. En 61º Congreso AEPNyA: Integrando miradas. Castellón de la Plana, 15-17 junio de 2017.

RESUMEN

Objetivo: Implementar y evaluar un programa de identificación terapéutica de depresión en adolescentes desarrollado en el Reino Unido (TIDY), entre adolescentes de 13-16 años que acuden a centros de Atención Primaria (AP) del área de Santiago de Compostela.

Material y métodos: Se reclutaron profesionales de AP (PAP) que voluntariamente quisieron participar en el estudio, cuasi-experimental, de diseño antes-después. Se compararon estadísticamente los cambios en sus conocimientos y actitudes hacia la depresión adolescente y las tasas de cribado e identificación de la misma en los 80 días laborables antes y después de un periodo de formación. Se estudiaron también detalles específicos de la consulta de AP.

Resultados: A pesar de la baja tasa de participación (23,19%), se observó una mejoría en los conocimientos y actitudes hacia la depresión adolescente, siendo sólo significativa en una de las características que se incluye en el diagnóstico de depresión ($p < 0,05$). Después de la formación se pasó de no hacer cribado a aplicarlo sistemáticamente. Las tasas de identificación bajaron del 3,39% al 0,86%. Dicha identificación se asoció con estar en seguimiento por depresión en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil ($p = 0,01$), tener antecedentes de problemas de salud mental ($p = 0,03$), y tener un estado de salud subjetivo regular o malo ($p = 0,04$).

Conclusiones: El programa TIDY es un enfoque factible para mejorar la identificación de depresión adolescente en AP. Se requiere una evaluación adicional

en un ensayo aleatorizado para evaluar la precisión del profesional, el impacto clínico y el coste-beneficio.

Palabras clave: Depresión; adolescentes; TIDY; profesionales de Atención Primaria.

ABSTRACT

Objective: Implement and evaluate a therapeutic identification program for depression in adolescents developed in the United Kingdom (TIDY), among adolescents aged 13-16 who attend Primary Care (PC) centers in the Santiago de Compostela area.

Material and methods: PC professionals (PCP) were recruited who voluntarily wanted to participate in the study, quasi-experimental, of before-after design. The changes in their knowledge and attitudes towards adolescent depression and the screening and identification rates of it in the 80 working days before and after a period of training were statistically compared. Specific details of the PC consultation were also studied.

Results: In spite of the low rate participation (23,19%), an improvement in knowledge and attitudes towards adolescent depression was observed, being only significant in one of the characteristics included in the diagnosis of depression ($p < 0.05$). After the training, it went from not doing screening to applying it systematically. The identification rates fell from 3.39% to 0.86%. This identification was associated with being monitored for depression in the Child-Mental Health Unit ($p = .01$), having a history of mental health problems ($p = 0.03$) and having a regular or bad subjective health status. ($p = 0.04$).

Conclusions: The TIDY program is a feasible approach to improve the identification of adolescent depression in PC. An additional evaluation is required in a randomized trial to assess the professional's accuracy, clinical impact and cost benefit.

Key words: Depression; teenagers; TIDY; Primary Care professionals.

INTRODUCCIÓN

La depresión en la infancia y adolescencia es un trastorno frecuente, ya que hasta un 20% de los jóvenes de 18 años habrá sufrido en su vida al menos un episodio depresivo clínicamente relevante (1), y afecta de manera importante al estado funcional. También existen evidencias de su posible prolongación a la etapa adulta (2-6).

Además del coste personal, la depresión en estos grupos de edad puede conllevar un grave coste social al asociarse con abuso de drogas, conductas sexuales de riesgo, aumento de la agresividad, conductas delictivas, y trastornos alimentarios (5, 7, 8). También es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en adolescentes (9, 10), que en España es la segunda causa de muerte entre los 15-19 años (Datos INE 2014 y 2015) (11).

La Atención Primaria (AP) ofrece la posibilidad de una detección e intervención precoces de la depresión, si bien hay estudios que muestran que sus profesionales dedican menos tiempo de consulta a los adolescentes que a los adultos (12), y que identifican a una minoría de los que presentan síntomas psicológicos graves (13). Además, algunos médicos consideran difícil la comunicación con los adolescentes (14), tienen miedo a medicalizar sus vidas (15-16) y reticencia a discutir los problemas psicológicos, incluso cuando se percibe que están presentes. Todo ello podría contribuir a una baja tasa de identificación de trastornos emocionales, que cuando se realiza no suele ir asociada a un tratamiento específico o seguimiento (17, 18).

Teniendo en cuenta el probable infradiagnóstico e infratratamiento de la depresión entre los adolescentes, Kramer et al. desarrollaron en el Reino Unido el programa TIDY (Therapeutic Identification of Depression in Young people), con el objetivo de dar apoyo a los médicos de AP a la hora de identificarla y de iniciar una breve intervención psicológica (19). Dado que la frecuentación de los adolescentes a las consultas es baja (20), Kramer et al. diseñaron una intervención oportunista integrada en la práctica asistencial de AP (19).

No conocemos estudios previos en nuestro país que aborden la identificación precoz de depresión adolescente, siendo nuestra hipótesis que una adecuada formación de los profesionales de AP (PAP) incrementaría el porcentaje diagnóstico. Por tanto, los objetivos de este

trabajo son: implementar un programa de formación en la identificación de la depresión mayor en adolescentes de 13-16 años que acuden a consulta de AP del área sanitaria de Santiago de Compostela, y evaluar los cambios en sus conocimientos y actitudes y los resultados en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuasi-experimental de diseño antes-después, para comparar los cambios en los conocimientos y actitudes de los PAP y las tasas de cribado e identificación de la depresión adolescente en los 80 días laborables antes y después de la formación recibida.

Reclutamiento de la muestra de estudio

Durante el segundo trimestre de 2016 se realizó un reclutamiento de PAP del área sanitaria de Santiago (médicos de familia y pediatras) mediante el envío de una invitación a participar en el estudio por medio del correo electrónico corporativo y a través de reuniones informativas en las distintas unidades de AP. Se incluyeron todos aquellos profesionales que, tras ser informados del protocolo de investigación, decidieron participar voluntariamente.

Fase de intervención

Se circunscribe al programa de formación de los PAP durante el mes de septiembre de 2016, que consistió en dos sesiones de una hora, separadas 1 semana. Los participantes fueron distribuidos en 3 grupos para asegurar su asistencia y la docencia fue impartida por dos psiquiatras infanto-juveniles. El contenido formativo consistió en una introducción sobre la importancia de la depresión adolescente y en la explicación pormenorizada del manual del programa TIDY (19, 21-23), cuya traducción fue entregada a cada uno, junto con un resumen del protocolo a aplicar. Entre 1-2 meses después se convocó otra reunión con los 3 grupos para que consultasen las dudas que hubieran surgido.

El programa incluye los siguientes pasos: 1) cambiar el enfoque de la consulta de los síntomas físicos a los psicológicos; 2) realizar un cribado psiquiátrico general; 3) explorar el bajo estado de ánimo, irritabilidad sostenida y otros síntomas depresivos, mediante un algoritmo

diagnóstico basado en los criterios estandarizados de la CIE-10 (24) y DSM-IV (25); y 4) ofrecer una intervención psicoterapéutica breve en los trastornos leves-moderados, con derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) de referencia si son graves (ver anexo 1).

La intervención breve, basada en los principios de la terapia cognitiva conductual (TCC) e interpersonal (TIP), implica ofrecer retroalimentación (formulación y psicoeducación), estrategias de afrontamiento (identificación de un confidente, aumento gradual de la actividad, auto-refuerzo positivo del progreso) y revisión futura (ver anexo 1).

En todos los participantes se evaluó el nivel de conocimientos y su actitud hacia la depresión, antes y después de la etapa formativa. Dicha evaluación se realizó mediante un cuestionario de 14 ítems sobre conocimientos, 2 de ellos subdivididos a su vez en 5, que se contestan con verdadero o falso, y de 6 ítems sobre actitudes, con los que los profesionales se muestran de acuerdo o en desacuerdo. Este cuestionario es una traducción al español del utilizado en el estudio original (23) (ver tabla 1).

Implementación del programa de identificación

El estudio obtuvo el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo, con el código de registro 2015/587.

Para la implementación clínica del programa de identificación se solicitó su aplicación a los profesionales participantes en todos los pacientes entre 13 y 16 años que acudiesen a consulta por cualquier motivo durante un periodo de estudio de 80 días laborables.

VARIABLES ESTUDIADAS

Variable principal:

- Nivel formativo y actitudes acerca de la depresión en los PAP participantes.

VARIABLES SECUNDARIAS:

- Relacionadas con la depresión: diagnóstico empírico, cribado, diagnóstico operativo/criterios diagnósticos y síntomas.
- Relacionadas con aspectos de la consulta de AP: consulta dentro del Programa del Niño Sano (PNS), existencia de seguimiento en USMI-J por depresión, asistencia en solitario a la consulta,

Tabla 1. Porcentajes de acierto en cada ítem del cuestionario de conocimientos y actitudes de los PAP antes y después de aplicar el programa TIDY.

	Antes de la intervención (n=16)	Después de la intervención (n=7)
Conocimientos		
Prevalencia de trastornos depresivos en los adolescentes de la comunidad (aproximadamente el 1% -8%)	93,75 %	100%
Tasa de los trastornos depresivos en adolescentes que asisten a Atención Primaria (aproximadamente 20%)	18,75 %	57,14 %
Características que se incluyen en el diagnóstico de la depresión:		
Irritabilidad	93,75 %	100%
<i>Trasnochar</i>	40%	0%
<i>Faltar a la escuela</i>	0%	14,29%
Pérdida de interés en actividades	100%	100%
Aumento de apetito	40%	100%*
Incluso la depresión leve a moderada en los adolescentes se asocia con un mayor riesgo de depresión en la edad adulta	100%	85%
<i>La depresión en los adolescentes suele ser de corta duración y la mayoría se recupera dentro de 4-6 semanas</i>	73,33 %	42,86 %
La depresión en la adolescencia se asocia con relaciones deterioradas en la edad adulta	87,5 %	71,43 %
La depresión en la adolescencia se asocia con un aumento de los comportamientos de riesgo para la salud (por ejemplo, mal uso de alcohol y otras drogas, actividad sexual de riesgo)	81,25 %	85,71 %
La depresión en adolescentes está vinculada a altos niveles de enfermedad depresiva en familia	93,33 %	85,71 %
Tratamiento basado en la evidencia para la depresión:		
Terapia cognitivo-conductual	93,33 %	100%
Terapia interpersonal	85,71 %	100%
<i>Terapia de exposición</i>	76,92 %	42,86 %
<i>Relajación</i>	28,57 %	28,57 %
Fluoxetina	78,57 %	100%
<i>La depresión en adolescentes por lo general ocurre después de un evento estresante en su vida</i>	42,86 %	28,57 %
Las directrices NICE recomiendan tratamientos psicoterapéuticos como intervención de primera línea para la depresión leve a moderada	73,33 %	100%
Las directrices NICE recomiendan mayor implicación de Atención Primaria en la detección de la depresión en los jóvenes	100%	100%
Las directrices NICE para la depresión infantil y adolescente recomiendan utilizar la fluoxetina para los adolescentes deprimidos de forma moderada o grave	92,86 %	100%

Los antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) se han relacionado con mayor riesgo de ideación suicida en los adolescentes	53,33 %	71,43 %
Total aciertos	70,39 %	73,38 %
Actitudes		
Estoy segur@ de que reconozco cuando los adolescentes están deprimidos	18,75 % de acuerdo	57,14 % de acuerdo
Me siento confiad@ sobre el manejo de la depresión en adolescentes	12,5 % de acuerdo	14,29 % de acuerdo
La depresión en adolescentes puede ser tratada en Atención Primaria	37,5 % de acuerdo	57,14 % de acuerdo
La depresión en adolescentes no es realmente asunto del médico o de la enfermera de Atención Primaria y debe ser tratada por otros profesionales	68,75 % desacuerdo	85,71 % desacuerdo
Yo no tengo tiempo para tratar la depresión adolescente	62,5 % desacuerdo	57,14 % desacuerdo
La depresión en la adolescencia no debe ser medicalizada	56,25 % desacuerdo	85,71 % desacuerdo
La cursiva indica que la declaración es incorrecta. *Prueba Chi cuadrado con corrección de Yates, $p < 0,05$		

número de asistencias a la consulta de AP (1 ó >1), edad y sexo del adolescente, estado de salud subjetivo, antecedentes personales psiquiátricos y presencia de estrés psicosocial percibido por el profesional.

- Relacionadas con las intervenciones del programa: retroalimentación (nombrar, describir, relacionar, informar, folleto), estrategias de afrontamiento (ayuda, actividades con auto-refuerzo, refuerzo positivo), seguimiento, derivación y utilidad.

Medida de los resultados y análisis de datos

La variable principal se evaluó mediante el cuestionario descrito anteriormente.

Para evaluar las variables secundarias se utilizaron hojas de recogida de datos y listas de verificación (ver anexo 2).

El análisis de datos se realizó de forma estadística, usando el programa IBM SPSS Statistics 21. Se utilizaron pruebas no paramétricas (prueba Chi-Cuadrado de Pearson con corrección de Yates y test exacto de Fischer) para evaluar los cambios en los conocimientos y actitudes hacia la depresión adolescente antes y después de recibir la formación; odds ratio entre las variables de diagnóstico y cribado de depresión; distribuciones de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y cuantitativas; estadísticos descriptivos para las variables continuas; número y proporción para las variables no continuas;

y cruces entre las variables género y edad, utilizando como estadístico de significatividad el análisis de la varianza, y entre las variables de cribado y diagnóstico de la depresión con género, edad y detalles de la consulta de AP, usando la prueba Chi-cuadrado de Pearson con corrección de Yates.

RESULTADOS

En los 80 días laborables antes de la formación en el programa TIDY (primera parte del estudio) participaron 16 PAP (de un total de 69). En los 80 días laborables después de la formación en el programa TIDY (segunda parte del estudio) hubo una tasa de abandono del 56,25% (ver tabla 2).

Cambios en los conocimientos y actitudes de los PAP

En la tabla 1 se muestran los porcentajes de acierto a las preguntas sobre conocimientos de la depresión adolescente, siendo el total del 70,39% inicialmente y, tras la formación recibida, del 73,38%.

En términos de actitudes (tabla 1), ya antes de realizar la formación, eran favorables hacia el tratamiento de la depresión adolescente en AP y la disponibilidad del tiempo necesario para ello, pero la mayoría de los PAP dudaban de ser capaces de reconocerla adecuadamente (el 81,25%), y muy pocos se sentían confiados sobre cómo manejarla (únicamente el 12,5%). Tras la formación se

observó una mejoría en la confianza auto-percibida en el reconocimiento y manejo de la depresión adolescente y en lo relativo a que puede ser tratada en AP. Todos aquellos que finalizaron el estudio consideraron útil el programa.

Adolescentes cribados e identificados antes y después de implementar el programa

En la primera parte del estudio se atendieron 1209 adolescentes entre 13-16 años y, en la segunda, 347, la mayoría por pediatras.

En esa primera parte del estudio, los PAP identificaron 41 adolescentes con posible depresión en base a su juicio clínico (3,39%) y, en la segunda, aplicaron el cribado a todos los adolescentes que acudieron a su consulta, resultando positivo en un 2,30%, y diagnosticando depresión mediante criterios diagnósticos al 0,86% de ellos (ver gráfico 1).

Si tenemos en cuenta sólo los PAP que continúan en la segunda parte del estudio, estos, siguiendo su práctica habitual, diagnosticarían 1,72 veces más casos de posible depresión que si se realiza un cribado reglado mediante dos preguntas clínicas. Aunque en la segunda parte sabemos que de los 8 casos, sólo 3 cumplieron los criterios de depresión, no tenemos los datos de lo que pasó en la primera parte (ver gráfico 2).

Aspectos de la consulta de AP

La media de edad de los adolescentes vistos en la primera parte del estudio fue de $13,7 \pm 0,02$ años y en la segunda, de $13,74 \pm 0,04$ años. Un 45,5% fueron mujeres y un 54,5% hombres, no observándose diferencias significativas. Un 27,09% acudió a realizar el control del PNS, un 1,15% estaba acudiendo a la USMI-J por depresión, únicamente el 2,59% consultó solo, el 17% presentaba > 1 asistencia a la consulta de AP, el 12,10% presentaba un estado de salud subjetivo entre regular y malo, el 11% presentaba antecedentes de problemas de salud mental (sobre todo, TDAH) y el 72,6% presentaba algún tipo de estrés psicosocial percibido por el PAP.

En la tabla 3 se muestran las relaciones entre el cribado de depresión y las variables recogidas en las consultas de AP, observándose significación estadística con acudir a un mayor número de consultas ($p=0,04$) y con un estado de salud subjetivo regular o malo ($p=0,00$).

En la tabla 4 se muestran las relaciones entre diagnóstico de depresión y las variables recogidas en las consultas de AP, observándose significación estadística con estar en seguimiento por depresión en la USMI-J ($p=0,01$),

Tabla 2. Profesionales de AP que participaron en el estudio.

		% participación 2ª parte	N 1ª parte
Mujeres	Pediatra	50 %	6
	Médica de familia	50 %	2
Hombres	Pediatra	50 %	2
	Médico de familia	33,3 %	6
Total	Profesionales AP	43,75 %	16

Tabla 3. Relaciones entre el cribado de depresión del programa TIDY y las variables recogidas en la consulta de AP.

Variables estudiadas	Cribado positivo	Cribado negativo	Significatividad
C. niñ@ san@	0,0 %	27,7 %	
Seguimiento USMI-J	12,5 %	0,9 %	
Consulta sol@	12,5 %	2,4 %	
Asistencias	50,0 %	16,2 %	$p=0,042$
E. salud subjetivo	87,5 %	10,3 %	$p=0,000$
A.P.P.	37,5 %	10,3 %	
Estrés P-S	100,0%	72,0 %	

Tabla 4. Relaciones entre el diagnóstico de depresión del programa TIDY y las variables recogidas en la consulta de AP.

Variables estudiadas	Diagnóstico positivo	Diagnóstico negativo	Significatividad
C. niñ@ san@	0,0 %	21,7 %	
Seguimiento USMI-J	33,3 %	0,9 %	$p=0,011$
Consulta sol@	33,3 %	2,3 %	
Asistencias	33,3 %	16,9 %	
E. salud subjetivo	66,7 %	11,6 %	$p=0,043$
A.P.P.	66,7 %	10,5 %	$p=0,030$
Estrés P-S	100,0 %	74,4 %	

presentar un estado de salud subjetivo regular o malo ($p=0,04$) y tener antecedentes personales de problemas de salud mental ($p=0,03$).

Los adolescentes en los que se identificó la presencia de un trastorno depresivo recibieron varios componentes del programa de identificación terapéutica.

DISCUSIÓN

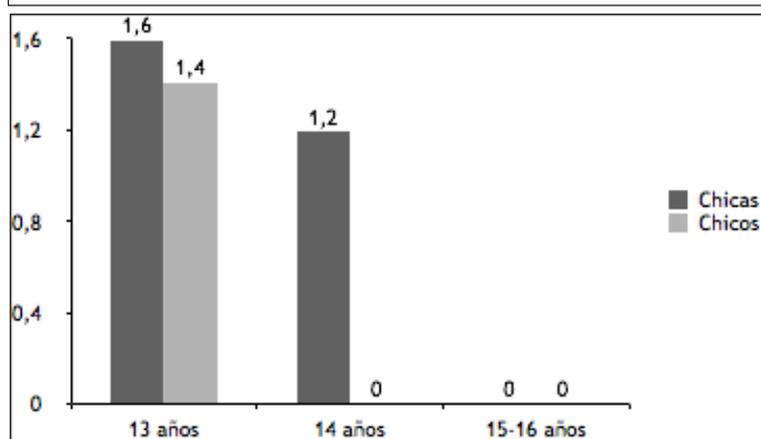
Resumen de resultados

En líneas generales, se ha observado un aceptable nivel de conocimiento acerca de la depresión adolescente en los PAP de nuestro entorno, mejorando incluso tras la etapa de formación en el programa TIDY (23).

En cuanto a las actitudes, destacar que antes de realizar la formación, el porcentaje de facultativos que se consideraba formado en el reconocimiento y manejo

de la depresión era bajo, mostrándose mayoritariamente proclive a tratarla en el ámbito de la Salud Mental. Estos ítems mejoraron tras la etapa formativa, excepto el que hacía referencia al tiempo disponible en consulta.

Gráfico 1. Prevalencia de depresión según edad y género en las consultas de AP que aplicaron el programa TIDY



Estos resultados son diferentes a los encontrados en

Gráfico 2. Odds Ratio de diagnóstico mediante práctica habitual frente a cribado, teniendo en cuenta sólo los profesionales de AP que finalizaron el estudio.

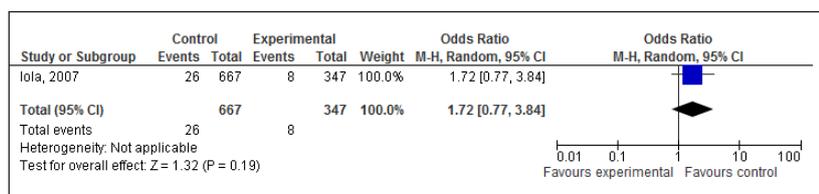
Primera parte (diagnóstico de depresión mediante la práctica clínica habitual):

- Adolescentes evaluados: 667
- Adolescentes diagnosticados de depresión: 26
- Porcentaje diagnóstico: 3,89%

Segunda parte (cribado positivo de depresión):

- Adolescentes evaluados: 347
- Adolescentes con cribado positivo de depresión: 8
- Porcentaje cribado positivo: 2,30%

ODDS RATIO (diagnóstico práctica habitual frente a cribado): OR 1,72 (IC 95 % 0,77 a 3,84)



el estudio previo (23), en donde los cambios, tanto en conocimiento como en actitudes, fueron de carácter estadísticamente significativo.

En nuestro trabajo, las tasas de cribado de depresión adolescente pasaron del 0% antes de la implementación del método TIDY, al 100% después. En cambio, en el estudio original (23) pasaron del 0,7% al 20,9% después de la formación en dicho método.

En cuanto a las tasas de diagnóstico de depresión adolescente, pasaron del 3,39% al 0,86%. Sin embargo, en el estudio original (23) se incrementaron del 0,5% al 2,2%.

Según estos datos, la valoración de posibles casos de depresión adolescente realizada por nuestros PAP en base a su experiencia clínica parece no mostrar riesgo de sobrediagnóstico, aunque desconocemos su precisión (falsos positivos) y los casos que no son identificados (falsos negativos). Sin embargo, trabajos previos (13) indican que los juicios clínicos de los PAP sobre la presencia de depresión son altamente

específicos, con pocos falsos positivos. Además, con la introducción del cribado y de los criterios diagnósticos del programa TIDY parece que aún se restringe más la posibilidad de falsos positivos, en comparación con otros programas de cribado descritos en la literatura (23).

Destacar que la inmensa mayoría de los adolescentes no consultan solos en AP y que este podría ser un factor muy importante para realizar una correcta evaluación clínica (26).

Limitaciones y fortalezas del estudio

La tasa de participación de los PAP en el estudio de implementación del programa TIDY en el área sanitaria de Santiago fue más baja que en el estudio original (23), lo que limita la posibilidad de generalización. Sin embargo, aplicaron sistemáticamente el cribado de depresión como no se consiguió en el estudio original (23).

Destacar que en nuestro sistema sanitario fueron los pediatras los que más adolescentes vieron, entre 13 y 14 años, posiblemente debido al PNS (27), que consiste en unas revisiones bianuales preventivas; sin embargo, a partir de los 15 años, cuando pasan al médico de familia, la asistencia

de adolescentes al sistema sanitario es menor (20).

La fuerza de este estudio radica en su adhesión a las recomendaciones de investigación de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia del SNS del Ministerio de Sanidad y Política Social (28) y al Plan de Prioridades Sanitarias de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia (29). En adelante habría que explorar la factibilidad de implementar el método TIDY en el marco de un programa generalista, como puede ser el PNS (27), o como un instrumento de case-finding, poniendo a disposición de PAP una herramienta que les facilite el despistaje de posible depresión en caso de factores de riesgo, así como una serie de pautas estandarizadas y avaladas clínicamente para llevar a cabo una intervención breve de manera inmediata. Por último, también se podría explorar la posibilidad de trabajar con el ámbito educativo, lo requeriría ser investigado.

Implicaciones para la investigación

Sería interesante estudiar los factores que influyen en el abandono de los PAP de los programas específicos de formación e intervención en salud mental en su ámbito, dado que en nuestro estudio se detectó una tasa de abandono muy alta. Con este fin, paralelamente, también se está llevando a cabo otro estudio sobre viabilidad y aplicabilidad del programa TIDY en el SNS (30).

CONCLUSIÓN

Los programas de identificación terapéutica, como el TIDY, que combinan formación profesional, cribado y criterios diagnósticos, una intervención breve basada en TCC y TIP y criterios de derivación, podrían mejorar la detección y manejo clínico de la depresión en AP. Sin embargo, es necesario obtener evidencia adicional sobre seguridad, efectividad clínica y coste-efectividad a través de estudios controlados y aleatorizados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 (1):Cd003380.
2. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 1999;281(12):1707-13.

3. Kandel DB, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(3):255-62.
4. Harrington R. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(5):465-73.
5. Rey J, Bella-Awusah Tolulope T, Liu J. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2015. En: Joseph M. Rey. Mood disorders E1 Depression in children and adolescents [Internet]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. [citado 12 ene 2017] [pp 1-36]. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-Depression-2015-update.pdf>.
6. Birmaher B. Improving remission and preventing relapse in youths with major depression. *Am J Psychiatry*. 2014;171(10):1031-3.
7. Marcelli D. Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal. Barcelona: Masson; 1992.
8. Alonso-Fernandez F. La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor; 1988.
9. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *J Sch Health*. 2000;70:271-85.
10. Brent DA. Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;932:106-28.
11. Estadística de defunciones según la causa de muerte [Base de datos en internet]. Madrid: INE; [citado 09 jun 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175.
12. Jacobson LD, Wilkinson C, Owen PA. Is the potential of teenage consultations being missed?: A study of consultation times in primary care. *Fam Pract* 1994; 11:296-299.
13. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatry* 1998; 173:508-513.
14. Illiffe S, Williams G, Fernandez V, Vila M, Kramer T, Gledhill J, et al. General practitioners' understanding of depression in young people:

- qualitative study. *Prim Health Care Res Dev* 2008; 9(4):269-279.
15. Illiffe S, Gledhill J, da Cunha F, Kramer T, Garralda ME. The recognition of adolescent depression in general practice: issues in the acquisition of new skills. *Primary Care Psychiatry* 2004; 9:51-56.
 16. MacFarlane A, McPherson A. Primary health care and adolescence. *BMJ* 1995;311:825-826.
 17. Martinez R. Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practices. *Br J Gen Pract* 2006; 56:594-599.
 18. Olson AL, Kelleher KJ, Kemper KJ, Zuckerman BS, Hammond CS, Dietrich AJ. Primary care paediatricians' role and perceived responsibilities in the identification and management of depression in children and adolescents. *Ambulatory Paediatrics* 2001; 1: 91-98.
 19. Kramer T, Illiffe S, Gledhill J, Garralda ME. Recognising and responding to adolescent depression in general practice: Developing and implementing the Therapeutic Identification of Depression in Young people (TIDY) programme. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2012;17(4) 482-494.
 20. Westman A, Garralda ME. Mental health promotion for young adolescents in primary care: a feasibility study. *Br J Gen Pract* 1996; 46:317.
 21. Illiffe S, Gallant C, Kramer T, Gledhill J, Bye A, Fernandez V, Vila M, Miller L, Garralda ME. Therapeutic identification of depression in young people: lessons from the introduction of a new technique in general practice. *Br J Gen Pract* 2012; 174-82.
 22. Gledhill J, Kramer T, Illiffe S, Garralda ME. Training general practitioners in the identification and management of adolescent depression within the consultation: a feasibility study. *J Adolesc* 2003; 26:245-250.
 23. Kramer T, Illiffe S, Bye A, Miller L, Gledhill J, Garralda ME. Testing the Feasibility of Therapeutic Identification of Depression in Young People in British General Practice. *J Adolesc Health* 2013; 52: 539-45.
 24. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
 25. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. text rev. 4th ed. Washington, DC: APA; 2000.
 26. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and Young people: Identification and management in primary, community and secondary care. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015. [citado 12 ene 2017]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28#>.
 27. Consultar en: http://www.agapap.org/druagapap/programa_neno_sano
 28. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
 29. Consultar: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
 30. Triñanes Pego Y, Rial Boubeta A, Varela Reboiras L, Mazaira Castro JA, Atienza Merino G. Viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY (Therapeutic Identification of Depression in Young People) en el Sistema Nacional de Salud. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, avalia-t; 2018.

Anexo 1. PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TIDY (IDENTIFICACIÓN TERAPÉUTICA DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES)

. El **CRIBADO de depresión se realizará a todos los adolescentes de 13-16 años que acudan a la consulta** (¡es raro que consulten directamente por síntomas emocionales!).

Si el cribado es negativo, finaliza el proceso; si el cribado es positivo se pasa a la fase de profundizar en el DIAGNÓSTICO. Si el diagnóstico es negativo, finaliza el proceso; si el diagnóstico es positivo se procede a las pautas de **TRATAMIENTO**, incluyendo su derivación si se considera necesario.

- Si conoce a los adolescentes o sus familias considere si sabe de algún estresante particular que pudiera influir en su estado de ánimo; considere también si sería oportuno hablar con el adolescente a solas.

A) Atención habitual a la queja que se presente + CRIBADO de depresión

1- Haga la pregunta de transición (para cambiar el foco de la consulta de los síntomas físicos a los psicológicos)

Aparte de tu (por ejemplo, cefalea, acné...)... ¿qué tal has estado?

A veces (el síntoma físico)... puede empeorar si estás preocupado o estresado. ¿Hay algo en particular que te afecte esta temporada?

2- Haga alguna/s preguntas de cribado psiquiátrico general (facilita la discusión de aspectos psicológicos)

¿Tienes otras dificultades o preocupaciones en este momento?

¿Hay algo más que te esté molestando?

¿Tú cómo te ves más, feliz o triste?

3- Cribado para la depresión (para evaluar sus síntomas principales, estado de ánimo e irritabilidad)

1) ¿Te has sentido más triste o desanimado últimamente? ... ¿Has tenido más ganas de llorar o has llorado más de lo normal?

. Sí: aclarar frecuencia y duración:

¿Cuánto tiempo te dura?

¿Con qué frecuencia te sientes así?

¿Cuándo empezaste a sentirte así?

Si los síntomas son frecuentes (> 3 horas 3 veces/semana) y persistentes (duran > 2 semanas): puntúe 1 y continúe con el diagnóstico de depresión (apartado B)

. No: pasar a pregunta 2

2) ¿Últimamente te has sentido más enfadado o irritable de lo habitual?

. Sí: aclarar frecuencia y duración:

¿Cuánto tiempo te dura?

¿Con qué frecuencia te sientes así?

¿Cuándo empezaste a sentirte así?

Si los síntomas son frecuentes (> 3 horas 3 veces a la semana) y persistentes (duran > 2 semanas): puntúe 1 y continúe con el diagnóstico de depresión (apartado B)

. No: finaliza el proceso de cribado. Complete la lista de verificación

B - DIAGNOSTICAR la depresión

• Evaluar los síntomas asociados y su impacto: Te voy a preguntar sobre otros cambios que podrías haber notado mientras te has estado sintiendo triste/desanimado/...

1. ¿Cambio en el peso o en el apetito?

2. ¿Cansado o con falta de energía?

3. ¿Cambio en el patrón de sueño?

4. ¿Inquieto o enlentecido?

5. ¿Dificultad para concentrarte o prestar atención a lo que haces?

6. ¿Has perdido el interés en cosas que te gustaban o no las disfrutas como antes?
7. ¿Te sientes culpable de cosas?
8. (siempre) ¿Has llegado a sentirte desesperado..., has llegado a desear estar muerto, o a pensar en hacerte daño.. o en suicidarte?

- **.Si 1 ó menos son positivas finalice aquí, y complete la lista de verificación.**
- **.Si 2 ó más son positivas continuar preguntando sobre el impacto de los síntomas.**

- Aclarar impacto:

1. Los síntomas interfieren en el rendimiento escolar.
2. Los síntomas afectan a tus relaciones con la familia.
3. Los síntomas afectan a las amistades.

La puntuación mínima para confirmar el diagnóstico es: bajo estado de ánimo y/o irritabilidad presentes, 2 síntomas asociados y 1 nivel de impacto. Si es positivo proceder al tratamiento.

C- TRATAMIENTO

1. Dar retroalimentación

- Nombrarlo (como depresión)
- Describirlo (en términos de relacionar estado de ánimo, síntomas físicos, comportamiento, incluir los síntomas que ha contado...)
- Relacionarlo con estresores (a situaciones y circunstancias conocidas)
- Dar información sobre la depresión (es frecuente, le pasa a mucha gente joven, se pasa mal y puede afectar a tu vida de muchas formas..., suele acabar pasando, aunque a veces tarda meses, pero se pueden hacer muchas cosas para ayudar, hay varios tratamientos eficaces).
- Dar un folleto (reforzando la información verbal).

2. Estrategias de afrontamiento

- Movilizar ayuda/identificar un confidente (para ayudar a sentirte mejor vamos a elegir a alguien a quien puedas contar cómo te has estado sintiendo)
- Programación de actividades con autorrefuerzo (animar a plan para hacer cosas con las que pueda disfrutar, felicitarse a sí mismo cuando lo consiga)
- Dar refuerzo positivo (a pesar de sentirte tan mal has sido capaz de venir y contarlo, es un paso difícil y valiente y lo has hecho muy bien, felicidades)

3. Recordatorio: *Recuerda, la depresión suele acabar pasando!*

4. Invítale a volver: *pero si tarda o si quieres hablar más, por favor vuelve a verme, hay otras opciones que podríamos probar...*
Finalmente rellene la lista de verificación.

Anexo 2. LISTA DE VERIFICACIÓN CON LOS DATOS DE LOS ADOLESCENTES

(Marque con una X o complete lo que proceda)

Fecha: ___/___/_____

Control niño sano: ...no ...sí

Ya está realizando seguimiento por depresión en la USMI-J: ...no ...sí

El/la joven consultó sol@: ...sí ...no

Asistencia: ...1ª...2ª...3ª...4ª...5ª...6ª...7ª...8ª...9ª...10ª

Edad del/de la joven: ___ años

Sexo del/la joven: ...hombre ...mujer

- Estado de salud subjetivo del/de la joven:muy bueno.....bueno.....regular.....malo..... muy malo

- Antecedentes personales de problemas de salud mental: ...sí...no

- Estrés psicosocial experimentado por el/la joven:ninguno....muy poco...poco...regular...
mucho...muchísimo

240

- Cribado para depresión: ...negativo ...positivo ...previo - ...previo +
- Diagnóstico de depresión: ...no...sí
Nº síntomas asociados: ...2...3...4...5...6...7...8
 - Medidas del programa adoptadas:
 - Ninguna
 - Retroalimentación: ...nombrarla...describirla...relacionarla...informar...folleto
 - Estrategias de afrontamiento:
...ayuda.....actividades con autorrefuerzo.....refuerzo+
 - Seguimiento
 - Derivación