



La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad

C. Resende^a, A. Ferrão^b

^aResidente de Pediatría • ^bAsistente Hospitalario de Pediatría. Servicio de Pediatría, Centro Hospitalario Tondela-Viseu, Viseu. Portugal.

Publicado en Internet:
21-junio-2013

Catarina Resende:
resende_cat@hotmail.com

Resumen

Introducción: la adolescencia es un periodo de grandes cambios, siendo los síntomas depresivos comunes en esta etapa del desarrollo. En los últimos años se ha observado un aumento del número de adolescentes con síntomas depresivos. Uno de los instrumentos más utilizados en la detección de sintomatología depresiva es el Inventario de Depresión de Beck.

Material y métodos: estudio observacional, basado en la autoaplicación de la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck a los alumnos del 12.º año de escolaridad, en el año lectivo de 2010/2011.

Resultados: nuestra encuesta fue aplicada a 117 alumnos. Los adolescentes presentaban una media de edades de 16,9 años. Después de la valoración global se verificó que un 9,4% de los adolescentes encuestados presentaba algún grado de sintomatología depresiva y que, de estos, seis presentaban sintomatología grave. Cuando se compararon ambos sexos, se verificó que el sexo femenino fue el más prevalente en el grupo de adolescentes con puntuaciones globales superiores a 13. Los índices medios de depresión fueron mayores en el sexo femenino (9,03 frente a 4,1). El análisis de los síntomas depresivos aisladamente demostró que la disminución de la capacidad de trabajo es el síntoma depresivo más frecuente (36%). Cinco adolescentes respondieron afirmativamente a la cuestión "me gustaría matarme".

Conclusión: las puntuaciones totales medias obtenidas son ligeramente inferiores a las encontradas en otros estudios, pero el porcentaje de alumnos con sintomatología depresiva grave es idéntico a otras series (5%). Tal como está descrito en la bibliografía, el sexo femenino es el más afectado.

Palabras clave:

- Adolescencia
- Inventario de Depresión de Beck
- Sintomatología depresiva

The presence of depressive symptoms in adolescents is the last school year

Abstract

Introduction: adolescence is a period of great change, with depressive symptoms being common at this stage of development. There has been an increase in the number of adolescents with depressive symptoms in recent years. One of the instruments used in the detection of depressive symptoms is the Beck Depression Inventory.

Material and methods: observational study, based on self-application of the 2nd version of the Beck Depression Inventory to students of the 12th year of schooling in the academic year 2010/2011.

Results: our survey was administered to 117 students. Adolescents had a mean age of 16.9 years. After the global assessment, we verified that 9.4% of adolescents had some degree of depressive symptoms and 6 of these had severe depressive symptoms. Females were more prevalent in the group of adolescents with overall scores above 13. The average rates of depression were higher in females (9.03 vs. 4.1). The analysis of depressive symptoms alone showed that a decreased ability to work is the most frequent depressive symptom (36%). Five teenagers responded affirmatively to the question "I'd like to kill me."

Conclusion: the mean total scores obtained are slightly lower than those found in other studies, but the percentage of students with severe depressive symptoms is identical to other series (5%). As described in the literature females are the most affected.

Key words:

- Adolescence
- Beck Depression Inventory
- Depressive symptoms

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo extremadamente relevante para la construcción del individuo, siendo los síntomas depresivos comunes en esta etapa del desarrollo. La prevalencia estimada de depresión en los adolescentes es cerca de un 4-8%¹⁻³. En los últimos años se ha observado un incremento del número de adolescentes con síntomas depresivos^{2,3}.

Uno de los instrumentos más utilizados en la detección de sintomatología depresiva es el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Este inventario (BDI) fue desarrollado por Beck y sus colaboradores (Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y consiste en una encuesta de autoaplicada con 21 ítems de elección múltiple⁴⁻⁶. Debido a sus propiedades psicométricas satisfactorias, ha llegado a ser uno de los instrumentos más comúnmente utilizados y confiables para la evaluación de la intensidad de los síntomas depresivos⁷. Este instrumento de evaluación ha alcanzado un papel destacado en el medio clínico, pues permite evaluar sentimientos subjetivos y de autopercepción. Estos aspectos son importantes en la ayuda al diagnóstico formal de la depresión^{5,7}. El BDI sufrió una revisión considerable de la cual resultó una segunda edición (BDI-II), con el objetivo de conseguir una mayor adherencia a los criterios diagnósticos para episodios de depresión mayor, según el DSM-IV. Esta segunda edición (Beck *et al.*, 1996) se destina a medir la intensidad de la depresión, tanto en pacientes psiquiátricos como en sujetos de la población general con edad superior a los 13 años⁸.

La encuesta consiste en 21 ítems, valorados de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la gravedad de la sintomatología. Las puntuaciones globales permiten distinguir cuatro grupos: de 0 a 13, sin sintomatología depresiva o con sintomatología depresiva mínima; de 14 a 19, con sintomatología depresiva ligera; de 20 a 28, con sintomatología depresiva moderada, y superior a 29, con sintomatología depresiva grave⁶⁻⁸.

En la depresión podremos hablar de dos componentes, el componente afectivo (humor) y el com-

ponente físico (somático). Así, la BDI-II refleja este abordaje, de manera que puede ser dividida en dos subescalas⁹.

En este contexto, la escala afectiva está compuesta por ocho ítems que engloban pesimismo, pérdidas pasadas, sentimientos de culpabilidad, sentimientos de castigo, autodesprecio, desvalorización, autocrítica y pensamiento o deseos suicidas. La subescala somática engloba los siguientes ítems: tristeza, alteraciones del apetito, pérdida de placer, pérdida de interés, llanto, agitación, fatiga, indecisión, pérdida de energía, alteraciones en los patrones de sueño, irritabilidad, dificultades de concentración y disminución de la libido. Con todo, estos dos aspectos de la depresión están estrechamente relacionados^{8,9}. En esta escala, tal como en otras escalas de autorretrato, los resultados pueden ser exagerados o subestimados por el individuo que la rellena.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la presencia de sintomatología depresiva en una población no clínica de alumnos del 12.º año de la mayor escuela secundaria de la ciudad de Viseu (Portugal).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y analítico, con base en la autoaplicación de la segunda versión del BDI. Fueron incluidos todos los alumnos matriculados en el 12.º año de escolaridad de una escuela secundaria de Viseu, Portugal, en el año lectivo de 2010/2011. Después de la solicitud dirigida al Consejo Directivo del establecimiento de enseñanza, para la autorización de la aplicación del BDI-II, los directores de una clase cedieron el tiempo necesario para explicar y rellenar la encuesta. El estudio fue realizado de acuerdo con la declaración de Helsinki y con la autorización de los tutores de los respectivos adolescentes y de los responsables de la escuela donde las encuestas fueron aplicadas. Debe destacarse el carácter voluntario de la colaboración, el anonimato de las encuestas, la no existencia de respuestas ciertas o erradas y la precaución para no omitir ninguna respuesta.

La información recogida fue incluida en una base de datos Microsoft Excel® 2007.

RESULTADOS

Nuestra encuesta fue aplicada a 117 alumnos. De estos, el 52% (N=61) era de sexo femenino y el 48% (N=56) de sexo masculino. El grupo de estudio presentaba una media de edades de 16,9 años, variando entre los 16 y los 20 años.

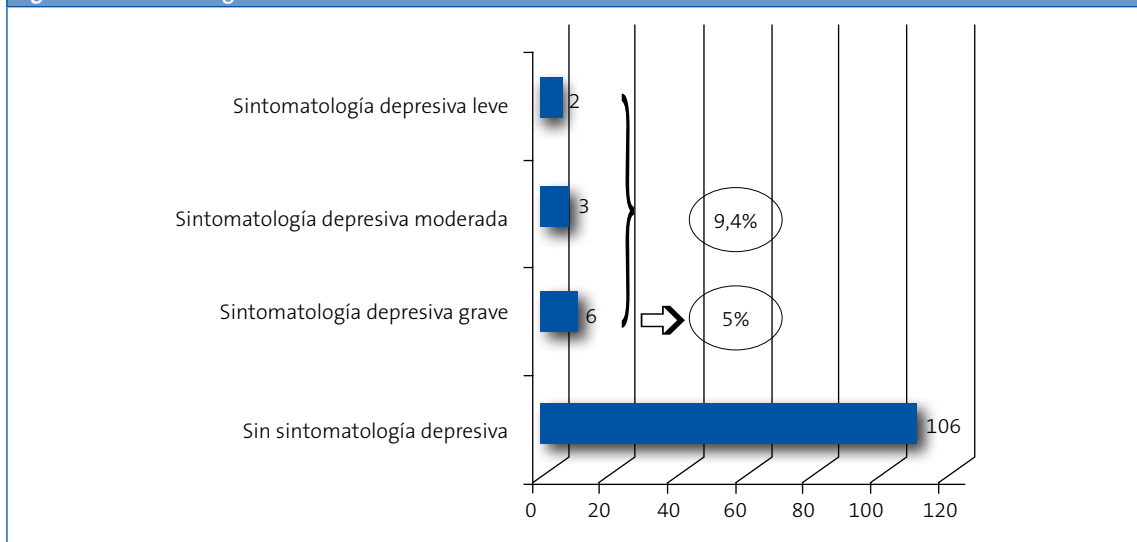
Después de la valoración global de las encuestas, se verificó que un 9,4% de los adolescentes encuestados presentaba algún grado de sintomatología depresiva y que, de estos, seis (5%) presentaban sintomatología depresiva grave (Fig. 1).

Cuando se compararon ambos sexos, se verificó que en el grupo de adolescentes sin sintomatología depresiva no había predominancia de sexo, mientras que el sexo femenino fue el más prevalente en el grupo de adolescentes con puntuaciones globales superiores a 13 (9 frente a 2). La media de las puntuaciones totales fue de 6,4, variando entre 0 y 54. Los índices medios de depresión fueron más elevados en el sexo femenino (9,03 frente a 4,1) (Fig. 2).

El análisis de cada uno de los síntomas depresivos aisladamente (Fig. 3) demostró que un 20,5% de los adolescentes presentaba algún grado de tristeza, con 18 (15,4%) refiriendo llanto fácil y seis adolescentes sin ninguna esperanza en el futuro, mientras que un 19,6% del total de adolescentes presentaba algún grado de desánimo con relación al futuro. Veintiséis adolescentes tenían la sensación de fracaso, y el 3,4% se sentía un completo fracaso. Se verificó que el sentimiento de culpabilidad estaba presente en un 15,4% de los jóvenes y los sentimientos de autodesprecio estaban presentes en un 30,7%. La pérdida de placer en sus actividades habituales estaba presente en 27 jóvenes (23%). Diez adolescentes presentaban alteraciones de la libido, con algún desinterés sexual.

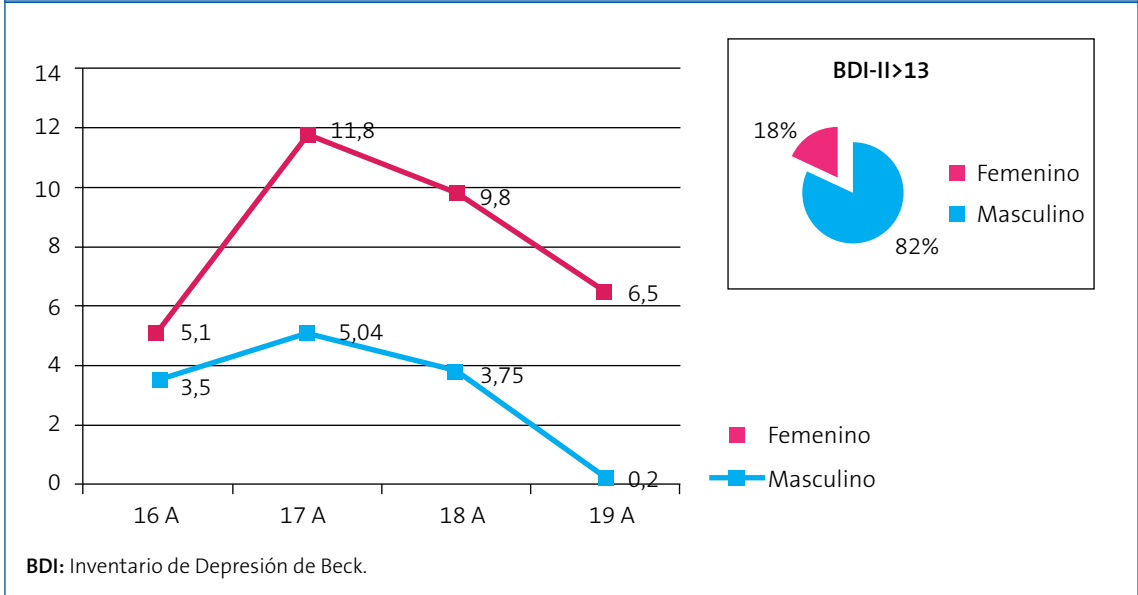
Con relación a la capacidad de decisión, verificamos que un 20,5% (24 adolescentes) destacó la pérdida de capacidad de decisión. Las perturbaciones del sueño fueron visibles en un 30% de los adolescentes (35). En este contexto, un 21,4% refirió aumento de la fatiga, con un 36% demostrando disminución de la capacidad de trabajo. Se han verificado alteraciones del patrón alimentario, con un 14,5% de los adolescentes presentando dismi-

Figura 1. Puntuación global del BDI-II



BDI: Inventario de Depresión de Beck.

Figura 2. Índices medios por franja etaria y sexo



nución del apetito. Estos jóvenes presentaban preocupación por los problemas físicos, con un 27,4% de los adolescentes con algún grado de somatización. Podemos destacar que un 4,3% (cinco adolescentes) respondió afirmativamente a la cuestión "me gustaría matarme". El grupo etario con mayor índice medio de depresión fue el de los 17 años (11,8). Cuando comparamos los índices medios por franja etaria y sexo, verificamos que, independientemente de la edad, las adolescentes del sexo femenino tenían índices medios superiores a los del sexo masculino. Para puntuaciones totales de BDI-II superiores a 13 (presencia de algún grado de sintomatología depresiva) hubo un predominio franco del sexo femenino (82 frente a 18%).

A pesar del anonimato de las encuestas, tras estas se informó de la existencia, en esta escuela, de un Gabinete de Apoyo a la Salud del Adolescente (GASA). Así, los adolescentes fueron informados de la posibilidad de recurrir a este gabinete siempre que necesitaran ayuda. De los adolescentes que han recurrido al GASA, cinco fueron derivados a la consulta de adolescencia de nuestro hospital por sospecha de depresión.

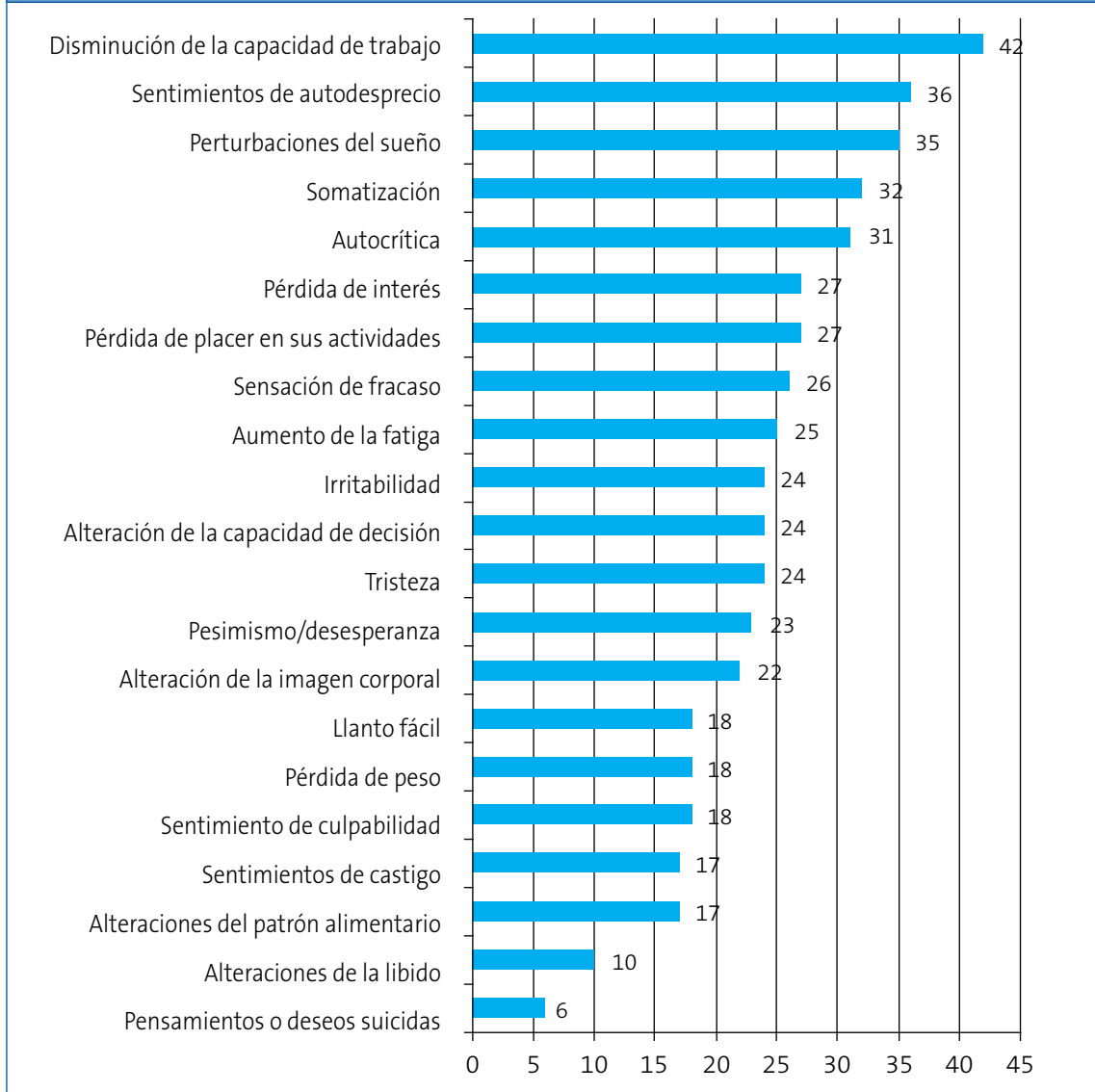
DISCUSIÓN

Un gran número de trabajos han intentado estudiar la presencia de sintomatología depresiva en la adolescencia¹⁰. Muchas veces se ha constatado dificultad en realizar el diagnóstico diferencial entre la patología psiquiátrica y los conflictos de la adolescencia. Los síntomas depresivos son frecuentes en la adolescencia, siendo una importante causa del absentismo y el fracaso escolar y un importante factor generador de comportamientos de riesgo^{10,11}. La presencia de síntomas depresivos no nos indica necesariamente un diagnóstico psiquiátrico. Los sentimientos depresivos pueden ser respuestas normales a situaciones adversas, siendo considerados patológicos cuando se prolongan demasiado o son desproporcionales al evento causante^{11,12}.

Se ha constatado un aumento del número de casos de depresión entre los adolescentes, que se debe probablemente a una menor resistencia parental al estrés cotidiano y a la disminución de la tolerancia a la mínima frustración^{13,14}.

Las puntuaciones totales medias obtenidas son ligeramente inferiores a las encontradas en otros

Figura 3. Distribución de la sintomatología depresiva



estudios, pero el porcentaje de alumnos con sintomatología depresiva grave es idéntico a otras series (5%)^{10,13-15}.

Tal como está descrito en la bibliografía, el sexo femenino presenta una incidencia de síntomas depresivos superior a la de sus pares del sexo masculino^{1,10,15}. Lo que, de acuerdo con algunos autores (Nolen-Hoeksema e Girgus, 1994), se debe a un mayor número de factores de riesgo en el sexo femenino en relación con el sexo masculino y que se vuelve más llamativo en la adolescencia¹⁷. En este

contexto, la identificación precoz de adolescentes en riesgo potencial de desarrollo de sintomatología depresiva debe ser de interés no solo para el profesional de la salud sino también para los profesores, compañeros y padres, que primeramente contactan con el joven. Los primeros síntomas pueden ser sutiles, por lo que resulta importante un alto índice de sospecha.

En una de las escuelas secundarias del centro de Viseu (Portugal) fue creado en el año lectivo de 1998/1999 el GASA. Este gabinete está compues-

to por un equipo constituido por profesionales del Centro Hospitalario Tondela-Viseu (Portugal) (psiquiatra infantil, pediatra y varios residentes de Pediatría y Psicología Clínica, y nutricionista). Este grupo tiene como objetivo apoyar a los jóvenes en todas las situaciones que se relacionen, directa o indirectamente, con su salud. Salir del hospital al encuentro de esos jóvenes es una oportunidad única de los profesionales de la salud para estar en el terreno y permitir a los adolescentes conseguir la ayuda que necesitan en su propio medio. La posibilidad de observar precozmente la existencia de síntomas indicadores de depresión permite una actuación preventiva y la elaboración de programas de acompañamiento de estos jóvenes. La presencia de síntomas depresivos en esta franja etaria está relacionada con bajos niveles de autoestima y con una mayor propensión a la delin-

cuencia y los comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol y drogas. Siendo así, es de extraordinaria importancia el reconocimiento de estos adolescentes de riesgo. Para minimizar el riesgo de depresión es importante la existencia de soportes sociales como la familia, el grupo de amigos y la escuela.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran que este artículo resultó premiado entre los diez mejores pósteres en el 61.º Congreso Nacional de la AEP, celebrado en Granada el 31 de mayo y el 1 y 2 de junio de 2012.

ABREVIATURAS

BDI: Inventario de Depresión de Beck • **GASA:** Gabinete de Apoyo a la Salud del Adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cook MN, Peterson J, Sheldon C. Adolescent depression: an update and guide to clinical decision making. *Psychiatry*. 2009;6(9):17-31.
2. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): I. identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2007;120:e1299-e1312.
3. Lobin L. Depression in adolescents: epidemiology, clinical manifestations and diagnosis [en línea] [consultado el 10/02/2012]. Disponible en www.uptodate.com versión 19.
4. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the state-trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Braz J Med Biological Res*. 1996:453-7.
5. Allen JP. An overview of Beck's Cognitive Theory of Depression in Contemporary Literature [en línea] [consultado el 12/08/2012]. Disponible en www.personalityresearch.org/papers/allen.html
6. Ambrosini PJ, Metz C, Bianchi MD, Rabinovich H, Undie A. Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatient adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:51-7.
7. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25(5):245-50.
8. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *J Personality Assessment*. 1996;3:588-97.
9. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, Tx: Psychological Corporation; 1996.
10. Oliveira-Brochado F, Oliveira-Brochado A. Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Rev Port Saúde Pública*. 2008;26(2):27-36.
11. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatría*. 2002;78(5):359-66.
12. Avanci JQ, Assis SG, Oliveira R. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do rio de janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(10):2334-46.
13. Cordeiro R, Claudino J, Arriaga M. Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. *Rev Iberoamericana Educación*. 2006;39:1-9.

14. Cardoso P, Rodrigues C, Vilar A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. Análise psicológica. 2004;4(XXII):667-75.
15. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29:571.
16. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:809.
17. Nolen-Hoeksema S, Girsus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bull*. 1994;3:424-43.
18. Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:56.
19. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:760.
20. Moreland CS, Bonin L. Psychopharmacological treatment for adolescent depression [en línea] [consultado el 10/02/2012]. Disponible en www.uptodate.com versión 19.3.
21. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past ten years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(11):1427-39.
22. Fonseca MHG, Ferreira RA, Fonseca SG. Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatria*. 2005;27(4):223-32.



The presence of depressive symptoms in adolescents in the last school year

C. Resende^a, A. Ferrão^b

^aPaediatrics resident • ^bPaediatrics Medical Assistant. Paediatrics Service, Tondela-Viseu Hospital Centre, Viseu. Portugal.

Published in Internet:
21-June-2013

Catarina Resende:
resende_cat@hotmail.com

Abstract

Introduction: adolescence is a period of great change, with depressive symptoms being common at this stage of development. There has been an increase in the number of adolescents with depressive symptoms in recent years. One of the instruments used in the detection of depressive symptoms is the Beck Depression Inventory.

Material and methods: observational study, based on self-application of the 2nd version of the Beck Depression Inventory to students of the 12th year of schooling in the academic year 2010/2011.

Results: our survey was administered to 117 students. Adolescents had a mean age of 16.9 years. After the global assessment, we verified that 9.4% of adolescents had some degree of depressive symptoms and 6 of these had severe depressive symptoms. Females were more prevalent in the group of adolescents with overall scores above 13. The average rates of depression were higher in females (9.03 vs. 4.1). The analysis of depressive symptoms alone showed that a decreased ability to work is the most frequent depressive symptom (36%). Five teenagers responded affirmatively to the question "I'd like to kill me."

Conclusion: the mean total scores obtained are slightly lower than those found in other studies, but the percentage of students with severe depressive symptoms is identical to other series (5%). As described in the literature females are the most affected.

Key words:

- Adolescence
- Beck Depression Inventory
- Depressive symptoms

La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad

Resumen

Introducción: la adolescencia es un periodo de grandes cambios, siendo los síntomas depresivos comunes en esta etapa del desarrollo. En los últimos años se ha observado un aumento del número de adolescentes con síntomas depresivos. Uno de los instrumentos más utilizados en la detección de sintomatología depresiva es el Inventario de Depresión de Beck.

Material y métodos: estudio observacional, basado en la autoaplicación de la segunda versión del Inventario de Depresión de Beck a los alumnos del 12.º año de escolaridad, en el año lectivo de 2010/2011.

Resultados: nuestra encuesta fue aplicada a 117 alumnos. Los adolescentes presentaban una media de edades de 16,9 años. Después de la valoración global se verificó que un 9,4% de los adolescentes encuestados presentaba algún grado de sintomatología depresiva y que, de estos, seis presentaban sintomatología grave. Cuando se compararon ambos sexos, se verificó que el sexo femenino fue el más prevalente en el grupo de adolescentes con puntuaciones globales superiores a 13. Los índices medios de depresión fueron mayores en el sexo femenino (9,03 frente a 4,1). El análisis de los síntomas depresivos aisladamente demostró que la disminución de la capacidad de trabajo es el síntoma depresivo más frecuente (36%). Cinco adolescentes respondieron afirmativamente a la cuestión "me gustaría matarme".

Conclusión: las puntuaciones totales medias obtenidas son ligeramente inferiores a las encontradas en otros estudios, pero el porcentaje de alumnos con sintomatología depresiva grave es idéntico a otras series (5%). Tal como está descrito en la bibliografía, el sexo femenino es el más afectado.

Palabras clave:

- Adolescencia
- Inventario de Depresión de Beck
- Sintomatología depresiva

INTRODUCTION

Adolescence is a highly relevant period in the development of the individual, and depressive symptoms are quite common during this stage. The estimated prevalence of depression among adolescents is about 4-8%¹⁻³. In the past few years we have seen an increase in the number of adolescents with symptoms of depression^{2,3}.

One of the most widely used instruments to detect depressive symptoms is the Beck Depression Inventory (BDI). This inventory (BDI) was developed by Beck and his collaborators (Ward, Mendelson, Mock, and Erbaugh, 1961) and consists of a self-report questionnaire with 21 multiple-choice items⁴⁻⁶. Due to its positive psychometric properties, it has become one of the most widely used and valid instruments to evaluate the intensity of depressive symptoms⁷. This assessment tool has gained a prominent role in the clinical field, as it allows for the evaluation of subjective feelings and the self-image. These are important aspects that contribute to the formal diagnosis of depression^{5,7}. The BDI underwent a considerable revision that led to a second edition (BDI-II) that sought to be more consistent with the diagnostic criteria for major depression as described in the DSM-IV. This second edition (Beck *et al.*, 1996) is used to measure the severity of depression in both psychiatric patients and subjects of the general population over 13 years of age⁸.

The questionnaire consists of 21 items, rated from 0 to 3 points according to the severity of the symptoms. The total score allows for the differentiation of four categories: from 0 to 13, showing no symptoms or minimal symptoms; from 14 to 19, showing mild depressive symptoms; from 20 to 28, showing moderate depressive symptoms, and with a score greater than 29 indicating severe depressive symptoms⁶⁻⁸.

Depression can be thought of as having two components, the affective component (mood) and the physical component (somatic symptoms). The BDI-II reflects this approach, as it can be separated into two subscales⁹.

Thus, the affective subscale consists of eight items that include pessimism, past failure, feelings of guilt, feelings of being punished, self-dislike, feelings of worthlessness, self-criticism, and suicidal ideation or wishes. The somatic subscale includes the following items: sadness, changes in appetite, loss of pleasure, loss of interest, crying, agitation, fatigue, indecisiveness, loss of energy, changes in sleeping patterns, irritability, and decreased libido. Still, these two factors of depression are highly interrelated^{8,9}. In this scale, as occurs in any other self-reported scales, the results may be inflated or downplayed by the responding individual.

The purpose of this work was to assess the presence of depressive symptoms in a non-clinical population of 12th-year students in the largest secondary school of the city of Viseu (Portugal).

MATERIALS AND METHODS

This is an observational analytical study, based on the self-administration of the second edition of the BDI. The set of subjects included every student enrolled in the 12th grade of a secondary school in Viseu, Portugal, during the 2010/2011 academic year.

After addressing a request to the Board of Directors of the academic institution to authorise the administration of the BDI-II, the class teachers of each class devoted the necessary time to explain the questionnaire and have the students fill it out. The study was done in conformance with the Declaration of Helsinki and with the consent of the guardians of the adolescents and the management of the school where the questionnaires were administered. We emphasised that participation was voluntary, that questionnaires were anonymous, that there were no right or wrong answers, and that it was crucial that no item be left unanswered.

The collected information was entered in a Microsoft Excel[®] 2007 database.

RESULTS

The questionnaire was administered to 117 students, out of who 52% (N=61) were female and 48% (N=56) were male. The average age of the subjects was of 16.9 years, ranging from 16 to 20 years.

After scoring all the questionnaires, we found that 9.4% of the surveyed adolescents presented some degree of depressive symptoms, and that 6 of them (5%) presented severe depressive symptoms (Fig. 1).

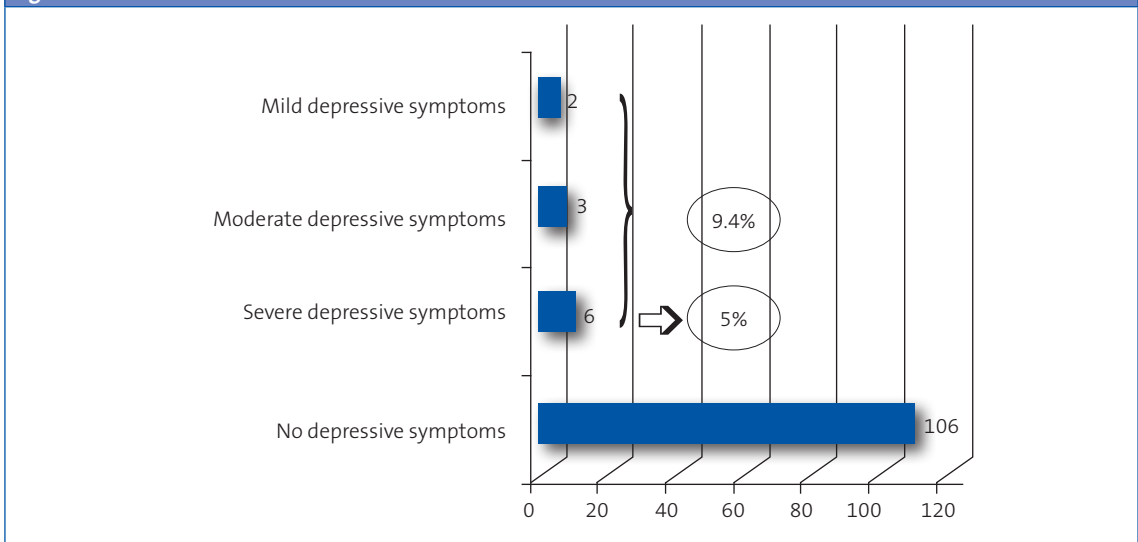
When we compared both sexes, we saw that the group of adolescents that had no depressive symptoms showed no difference between sexes, while the female sex predominated in the group of adolescents with scores above 13 (9 versus 2). The average total score was 6.4, and the range was 0 to 54. The average scores for depression were higher among female students (9.03 as opposed to 4.1 in males) (Fig. 2).

The individual analysis of each of the depressive symptoms (Fig. 3) showed that 20.5% of the adolescents presented some degree of sadness, with 18 (15.4%) reporting crying easily and six adoles-

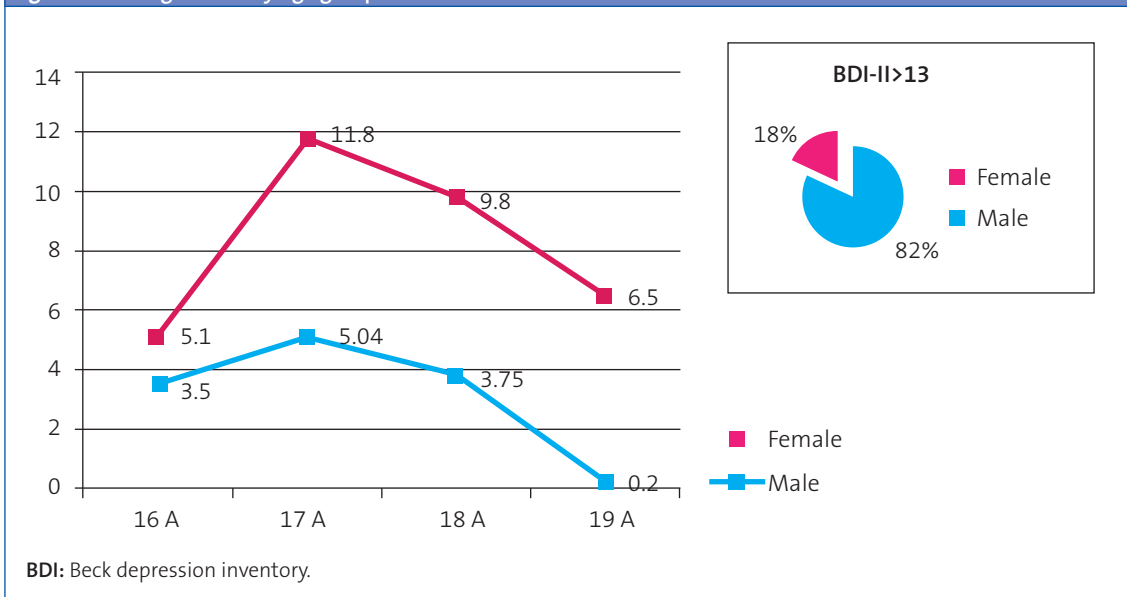
cents reporting hopelessness regarding the future, while 19.6% of adolescents expressed some pessimism about the future. Twenty-six adolescents had feelings of failure, and 3.4% felt like a complete failure. We saw that 15.4% of the youth had feelings of guilt and that 30.7% reported feelings of self-dislike. The loss of pleasure in daily activities was found in 27 youths (23%). Ten adolescents presented changes in their libido, reporting a dwindling interest in sex.

When it came to indecisiveness, we saw that 20.5% (24 adolescents) reported a decrease in their ability to make decisions. Changes in sleep patterns were found in 30% of the adolescents (35). Similarly, 21.4% reported increased fatigue, with 36% showing a decreased capacity to concentrate on work. We saw changes in eating patterns, with 14.5% of adolescents reporting loss of appetite. These youngsters presented physical symptoms, and 27.4% of them showed some degree of somatisation. We ought to note that 4.3% (five adolescents) answered the question "I would like to kill myself" in the affirmative. The age group showing the highest average depression score was the 17-year-old group (11.8). When we compare the average scores by age group and sex, we saw that

Figure 1. Total scores of the BDI-II



BDI: Beck depression inventory.

Figure 2. Average scores by age group and sex

regardless of age female adolescents had higher average scores than the males. For total scores of the BDI-II above 13 (the presence of some degree of depressive symptoms) there was a clear predominance of the female sex (82% versus 18%).

Although the questionnaires were anonymous, following their administration the students were informed of the existence in the school of an office for the support of the adolescent's health (GASA). Thus, the adolescents were told that they had the option of seeking help from this office whenever they needed it. Out of the adolescents that resorted to the GASA, five were referred to the adolescent services in our hospital because they showed signs of depression.

DISCUSSION

A large number of studies have tried to analyse the presence of depressive symptoms in adolescents¹⁰. In many instances, the studies have noted the difficulty in making a differential diagnosis between psychiatric pathologies and the conflicts characteristic of adolescence. Depressive symptoms are

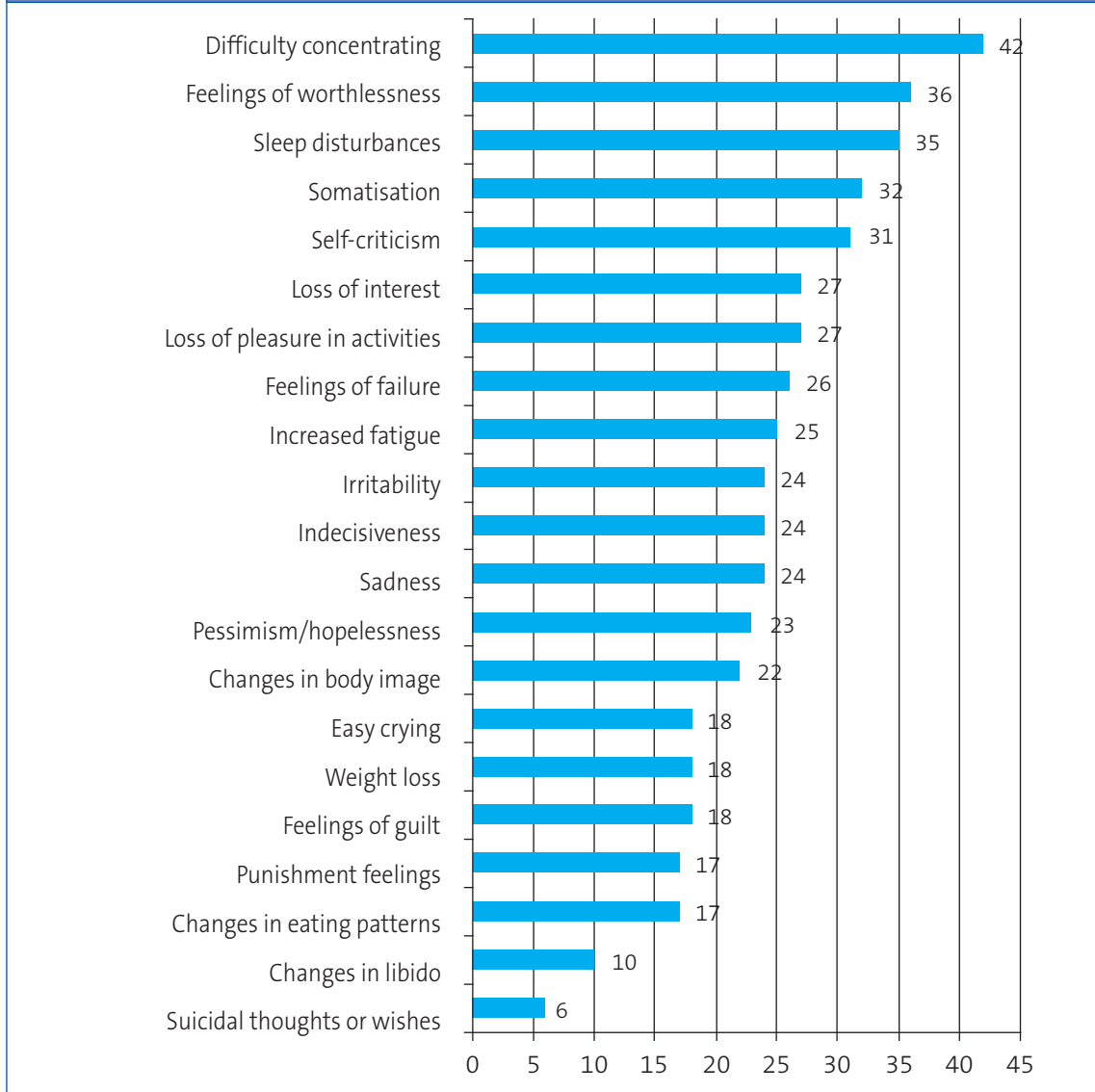
frequently found in adolescents, contributing significantly to absenteeism and school failure, and are an important factor in the engagement in high-risk behaviours^{10,11}. The presence of depressive symptoms does not necessarily entail a psychiatric diagnosis. Feelings of depression may be normal responses to adverse events, only to be considered pathological if they last too long or are disproportionate to the triggering event^{11,12}.

We have seen an increase in the cases of depression among adolescences, which is probably due to a decreased capacity of parents to cope with stress, and to a low frustration tolerance^{13,14}.

The total scores obtained are slightly lower than those seen in other studies, but the percentage of students with severe depressive symptoms is the same as those found in other series (5%)^{10,13-15}.

As described in the literature, the female sex shows a higher incidence of depressive symptoms than their male counterparts^{1,10,15}. This, according to some authors (Nolen-Hoeksema and Girgus, 1994), is due to a greater number of risk factors in the female sex as compared to the male sex, a fact that is more manifest during adolescence¹⁷. Taking this into account, it would be good if it were pos-

Figure 3. Distribution of depressive symptoms



sible to identify those adolescents who are at risk of developing depressive symptoms early on, not only for the healthcare professional, but also for teachers, classmates, and parents, who are in the first line of contact with the youth. The earliest symptoms may be subtle, so it is important to be watchful at all times.

In the academic year of 1998-99 the GASA was established in one of the secondary schools of the city centre of Viseu (Portugal). This office consists of a team of professionals from the Tondela-Viseu

Hospital Centre in Portugal (a child psychiatrist, a paediatrician, several residents of paediatrics and clinical psychology, and a nutritionist). The purpose of this group is to offer support to the adolescents in any situation directly or indirectly related to their health. Leaving the hospital and reaching out to these youth offers a unique opportunity for health professionals to work in the field and help adolescents get the help that they need in their own environment. The possibility of detecting indicators of depressive symptoms early on allows

for preventive interventions and for the development of peer support programmes for these youth. The presence of depressive symptoms in this age group is correlated to low self-esteem levels and a higher propensity to engage in illegal and high-risk behaviours, such as alcohol and drug use. Considering this, it is of utmost importance that we identify at-risk adolescents. To minimise the risk of depression, it is important that the adolescent has a social support network, such as the family, peers, and the school.

BIBLIOGRAPHY

1. Cook MN, Peterson J, Sheldon C. Adolescent depression: an update and guide to clinical decision making. *Psychiatry*. 2009;6(9):17-31.
2. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): I. identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2007;120:e1299-e1312.
3. Lobin L. Depression in adolescents: epidemiology, clinical manifestations and diagnosis [en línea] [consultado el 10/02/2012]. Disponible en www.uptodate.com versión 19.
4. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the state-trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Braz J Med Biological Res*. 1996:453-7.
5. Allen JP. An overview of Beck's Cognitive Theory of Depression in Contemporary Literature [en línea] [consultado el 12/08/2012]. Disponible en www.personalityresearch.org/papers/allen.html
6. Ambrosini PJ, Metz C, Bianchi MD, Rabinovich H, Undie A. Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatient adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:51-7.
7. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25(5):245-50.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors report that this article was awarded as one of the best ten posters presented at the 61 Congreso Nacional de la AEP (National Congress of the Spanish Association of Paediatrics), held in Granada on May 31st and June 1st and 2nd 2012.

ACRONYMS

BDI: Beck Depression Inventory • **GASA:** Gabinete de Apoyo a la Salud del Adolescente (Office for the Support of the Adolescent's Health).

8. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *J Personality Assessment*. 1996;3:588-97.
9. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, Tx: Psychological Corporation; 1996.
10. Oliveira-Brochado F, Oliveira-Brochado A. Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Rev Port Saúde Pública*. 2008;26(2):27-36.
11. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatria*. 2002;78(5):359-66.
12. Avanci JQ, Assis SG, Oliveira R. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do rio de janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(10):2334-46.
13. Cordeiro R, Claudino J, Arriaga M. Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. *Rev Iberoamericana Educación*. 2006;39:1-9.
14. Cardoso P, Rodrigues C, Vilar A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise psicológica*. 2004;4(XVII):667-75.
15. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990; 29:571.
16. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:809.
17. Nolen-Hoeksema S, Girsus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bull*. 1994;3:424-43.

18. Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38:56.
19. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158:760.
20. Moreland CS, Bonin L. Psychopharmacological treatment for adolescent depression [en línea] [consultado el 10/02/2012]. Disponible en www.uptodate.com versión 19.3
21. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, *et al.* Childhood and adolescent depression: a review of the past ten years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(11):1427-39.
22. Fonseca MHG, Ferreira RA, Fonseca SG. Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatria.* 2005;27(4):223-32.

