



CARTAS AL DIRECTOR

Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad

Depression according to age and gender: An analysis in a community

Sr. Director:

Existen amplias diferencias entre las mujeres y los varones en aspectos de salud¹. En los estudios y en la bibliografía consultada son las mujeres las que tienen peor salud mental^{1,2}.

Las cifras de prevalencia de depresión difieren según estudios, si bien las diferencias en Europa son notables (8,8-23,6%) son superiores en mujeres que en varones³.

Con el objetivo de dar respuesta al hecho de que las mujeres tienen peor salud mental y sobre todo en cuanto a depresión se refiere, realizamos un estudio descriptivo transversal observacional mediante encuesta telefónica en un Área Básica de Salud del Sur de Cataluña. Se realiza un muestreo aleatorizado con reposición de las no respuestas a 317 personas. La distribución según el género es de 157 mujeres y 160 varones. Se les administra un cuestionario que incluye diferentes variables sociodemográficas como edad, sexo, edad media de diagnóstico de ansiedad y depresión, salud percibida mediante el test de ansiedad-depresión de Goldberg para identificar la depresión en la actualidad⁴.

El análisis que efectuamos es descriptivo y comparativo teniendo en cuenta los diferentes grupos diagnósticos. Se usó el paquete estadístico SPSS® versión 17.0. Las variables categóricas se expresaron en cifras absolutas y porcentajes, y el análisis comparativo se llevó a cabo con la prueba de χ^2 o test de Fisher. Las variables cuantitativas se expresaron como media aritmética y desviación estándar, y se analizaron mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Cabe destacar que el 46,7% (148) de la población presenta depresión, un 53% (84) en las mujeres y un 40% (64) en los varones. El porcentaje de depresión para la mujer permanece estable para todos los grupos de edad y aumenta para las mayores de 65 años. En los varones el grupo de mayores de 65 años destaca sobre los otros. Existen diferencias de género en depresión para el grupo de edad de 25-45 años ($p \leq 0,05$). Los varones mayores de 65 años presentan

Tabla 1 Depresión según la edad y el género

	N	Porcentaje	Valor de p
<i>Depresión según Goldberg</i>	148	46,7	$\leq 0,001$
Varones	64	40	
Mujeres	84	53,5	
<i>Depresión según la edad</i>			0,029
≤ 25 años	21	14,1	
25-45 años	49	33,1	
45-65 años	37	25	
≥ 65 años	41	27,7	
<i>Depresión según la edad de los varones</i>			$\leq 0,001$
≤ 25 años	9	37,5	
25-45 años	16	26,2	
45-65 años	17	44,7	
≥ 65 años	22	59,5	
<i>Depresión según la edad de las mujeres</i>			
≤ 25 años	12	50	
25-45 años	33	50,8	
45-65 años	20	52,6	
≥ 65 años	19	63,3	

mayor depresión que otros grupos de edad ($p \leq 0,005$). La depresión es elevada para el grupo de menos de 21 años y, posteriormente aumenta con la edad ($p \leq 0,001$) (tabla 1).

Con todo ello podemos concluir que la depresión identificada en este estudio es elevada, de un 46,7%. Si lo comparamos con otros estudios el porcentaje de prevalencia de depresión en Cataluña (1997) es del 36,1%, en Soria (1982) del 34,2% y en Galicia (1989) del 33,6%⁵.

La depresión es superior para las mujeres 53,5% que para los varones 40%.

La depresión femenina disminuye a partir de los 65 años y aumenta para los varones a partir de los 65 años, es el momento donde los cambios físicos y psicológicos afectan con más intensidad a los varones mayores, así como la soledad.

Además es importante destacar la depresión que presentan los menores de 25 años 14,1% ya que, aunque es casi la mitad de la de los de 25-45 años 33,1% e inferior a la

del grupo de edad de 45-55 años con 25%, empieza a ser importante. Es importante dirigir los esfuerzos de investigación, tratamiento y rehabilitación a este grupo de edad puesto que el consumo de sustancias adictivas y alcohol están aumentando sobre todo para los chicos, aunque se acortan las diferencias para las chicas.

La utilidad de este estudio sería informar tanto a los clínicos como a los pacientes y poder influir beneficiosamente en la salud conociendo las pautas de comportamiento asociadas al género y conocer que las mujeres hablan más de sus síntomas y consultan más, hechos analizados por de Miguel⁶ y Montero et al.⁵. Para finalizar queremos destacar que para las personas mayores de 65 años sería importante la relación de ayuda que podría establecerse para evitar el sentimiento de soledad, ya que son los varones con edad superior a 65 años los que experimentan un aumento mayor de la soledad debido a que no han sido educados para ello ni tampoco para realizar las tareas domésticas. En este sentido creemos importante detectar la depresión en todos los grupos de edad y conocer los determinantes sociales y de rol asociados a cada uno de ellos.

Agradecimientos

Agradecimientos a la dirección de Atención Primaria, del Servicio Territorial Terres de l'Ebre.

Agradecemos a las personas que contestaron la encuesta telefónica de la ciudad de Roquetes del Centro de Salud Tortosa-Oeste.

Bibliografía

1. García Campayo J, Lou Arnal S. Trastornos afectivos y género. Claves en Salud Mental. 2006;6(Monografía):1-6.
2. Matud MP, Guerrero K, Matías R. Relevancia de las variables socio-demográficas, en las diferencias de género en depresión. Int J Clin Health Psychol. 2006;6:7-21.
3. Vázquez-Barquero FL, Torres A. Prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros. Boletín de Psicología. 2005;83:21-44.
4. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J. 1988;297:897-9.
5. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gac Sanit. 2004;18:132-9.
6. De Miguel JM. Sociología de la Medicina. Barcelona: Vicens Universidad; 1978.

Pilar Montesó-Curto^{a,*} y Carina Aguilar-Martín^b

^a *Departamento de Enfermería, Campus Terres de l'Ebre, Universidad Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España*

^b *Departamento de Evaluación de les Terres de l'Ebre, Instituto Catalán de la Salud, Sección Departamento Territorial, Tortosa, Tarragona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maripilar.monteso@urv.cat
(P. Montesó-Curto).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.009>

Utilidad en la hipertrofia benigna de próstata de la ecografía clínica en atención primaria

Usefulness of ultrasound in benign prostate hypertrophy in primary care

Sr. Director:

El uso de la ecografía en la consulta de Atención Primaria (AP) puede ser de indudable ayuda para el médico clínico para mejorar su rendimiento y reducir la incertidumbre del proceso diagnóstico¹; sin embargo, es una técnica operador dependiente que requiere de una formación y experiencia, por lo que su uso no está muy extendido.

Además, es necesaria una definición de los escenarios clínicos donde la realización de la prueba pueda ser asumida de forma fiable y segura por los médicos de familia. La valoración y seguimiento de los pacientes con síntomas de tracto urinario inferior (STUI) y sospecha o diagnóstico de hipertrofia benigna de próstata (HBP) puede ser uno de esos escenarios. Las guías actuales (NICE, Asociación Europea de Urología, Guía de Consenso Española)²⁻⁴ no recomiendan de forma obligatoria esta prueba en el seguimiento de los pacientes con HBP, probablemente por la dificultad de que los sistemas sanitarios puedan responder a una excesiva demanda de pruebas complementarias, pero sí la recomien-

dan opcionalmente; además, el residuo posmiccional (RPM), que se obtiene casi siempre ecográficamente, se recomienda siempre en las guías europea y española^{3,4}. Presentamos un caso clínico de nuestra consulta, donde se utiliza la ecografía clínica abdominal de forma habitual.

Varón de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril y amlodipino. Acude a urgencias por dolor cólico en fosa renal derecha; es diagnosticado de probable cólico renoureteral derecho, acudiendo 2 días después a su médico de familia, ya asintomático. Se interroga sobre el STUI, refiriendo síntomas obstructivos frecuentes que se traducen en un IPSS de 19, aunque no afecta a su calidad de vida, por lo que no había consultado nunca al considerarlo normal para su edad. Se realiza exploración general normal, tacto rectal con próstata lisa y elástica levemente incrementada de tamaño, analítica con función renal normal, PSA 2,3 y microhematuria. Se realiza simultáneamente ecografía al final de la consulta tras ingesta de líquidos, observando una zona anecogénica anexa a la vejiga (fig. 1A), que se comunica con la misma (fig. 1B), que corresponde a un divertículo vesical. Asimismo se observa una próstata de ecoestructura normal y tamaño de 30,1 cc. Por último, presentaba un riñón derecho de tamaño y ecoestructura normal, pero no se consiguió ver el riñón izquierdo en fosa renal ni pelvis. Tras enviar al paciente a orinar en 2 ocasiones, persistía un RPM de 289 cc (normal hasta 100-150 cc). Se inició tratamiento con tamsulosina y se