

Los trastornos de ánimo en los adolescentes de un centro de atención primaria

Introducción. Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en el año 2020¹ y es la psicopatología más importante como precondition para un futuro intento de suicidio en jóvenes²⁻⁴. El suicidio figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. Se dispone de evidencias significativas de la continuidad del trastorno depresivo durante la adolescencia y su prolongación durante la etapa adulta, lo que resulta en unos altos índices de hospitalizaciones psiquiátricas y clínicas, así como problemas laborales y de relación futuros^{3,5}.

Objetivo. Determinar la prevalencia de la depresión y su relación con la estructura familiar y con otros factores sociales.

Diseño. Estudio observacional, transversal.

Emplazamiento. Área de salud urbana.

Participantes. Muestra de adolescentes de 9-14 años que acudieron a consulta entre octubre y diciembre de 2003 (n = 60). Se excluyó a los que presentaban un proceso depresivo activo.

Medidas e intervenciones. Se utilizó el CET-DE (Alonso-Fernández) para la medida de la depresión. Este test estructura el cuadro depresivo en 4 dimensiones independientes: dimensión I (humor depresivo), dimensión II (anergia), dimensión III (discomunicación), dimensión IV (ritmopatía).

Para la corrección del instrumento, cada examinador cataloga las respuestas: 0, ausencia de respuesta; 1, alguna vez; 2, a veces; 3, casi siempre; 4, presencia del síntoma. Cuando la puntuación de al menos 1 de las 4 dimensiones del test suma 8 (punto de corte), se considera un probable trastorno depresivo.

Para valorar la estructura familiar, se usó el test de Apgar y un cuestionario de elaboración propia para recoger los datos sociodemográficos.

Palabras clave: Depresión.
Adolescencia. Trastorno ánimo.

Resultados. La prevalencia de un probable trastorno depresivo fue del 38,3%. El 31,4% eran chicos y el 36% eran chicas, sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas. De los jóvenes con un probable trastorno depresivo, el 65,2% presentaba un Apgar familiar disfuncional (p < 0,01). Se observó que el 52,6% de los hijos de padres con estudios medios presentaba un posible trastorno depresivo respecto al 30,3% de los hijos de padres con estudios inferiores (p < 0,02). No se observaron diferencias estadísticamente significativas con el estado civil de los padres ni la convivencia de los jóvenes. El 41,7% presentaba problemas en el rendimiento escolar, en el 4,8% se observaban trastornos del sueño del tipo despertares frecuentes y en el 8,7%, pesadillas (p < 0,01). Los resultados del cuestionario CET-DE fueron: en la dimensión I (humor depresivo), 8,4%; en la II (anergia), 12,6%; en la III (discomunicación), 6,1% y en la IV (ritmopatía), 11,7%.

Conclusiones. La depresión en los adolescentes es frecuente en atención primaria, a pesar de que cuesta identificarla. Una causa podría ser la afección de una sola dimensión de la vitalidad humana, lo que puede contribuir a que con frecuencia no sea diagnosticada.

E. Ras Vidal^a y O. Briones Carcedo^b

^aMédico de Familia Área Básica de Salud Tarragona-Valls. Sant Salvador. España.

^bDiplomada en enfermería. Área Básica de Salud Tarragona-Valls. Sant Salvador. Tarragona. España.

1. Murria CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 2020: Global Burden of disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-505.
2. Marcelli D. Adolescencia y depresión: un aboraje multifocal. Barcelona: Masson, 1992.
3. Weissman M, et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999;281:1707-13.
4. Kandel D, Davies M. Adult sequelae of adolescents depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:255-62.
5. Dos Santos Palazzo L, Umberto Béria J, Alonso-Fernández F, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria* 2001;28:543-9.

Prevalencia de ancianos de alto riesgo en una zona básica de salud

Este trabajo ha sido presentado previamente como comunicación en la VIII Jornada de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria celebrada en Sevilla el 13 de junio de 2003.

Objetivo. Conocer la prevalencia de ancianos de alto riesgo (AAR) y analizar los factores asociados.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Zona básica de Salud Torreblanca (Sevilla).

Participantes. Se calculó un tamaño muestral de 256 sujetos para una prevalencia estimada del 25%, una p = 0,5 y un valor de α = 0,05. Considerando un 20% de pérdidas, se seleccionó a 307 sujetos por muestreo aleatorio estratificado del total de 2.261 sujetos > 65 años residentes en Torreblanca en marzo de 2001.

Mediciones principales. Se recogió una ficha individual para cada sujeto, que fue rellenada por los entrevistadores en el domicilio, en la que se incluían las distintas variables que determinan la fragilidad. Tras una valoración clínica de diseño propio se clasificaba a los sujetos en sanos (sin enfermedad o que no precisaban tratamiento farmacológico continuado), enfermos (con una enfermedad que no implicaba una pérdida de autonomía) y sujetos con enfermedad incapacitante (enfermos con pérdida de autonomía valorada mediante las escalas de Lawton, Brody y Barthel). Además, se incluyó una valoración sociofamiliar mediante la escala de Gijón.

En la actualidad no se dispone de una definición estandarizada de fragilidad en los ancianos. Se estudió la prevalencia de AAR según las definiciones de la OMS¹, SAS², Salgado et al³, Buckley et al⁴ y EAP de San Isidro II⁵, y se valoraron las causas médicas y los factores asistenciales y sociales.

Resultados. La prevalencia de AAR encontrada es muy variable según el criterio (10,5% según la definición del SAS; 19,45% según la OMS; 36,96% según Salgado et

Palabras clave: Anciano frágil.
Geriatría. Valoración geriátrica.
Anciano de alto riesgo.