

Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados

«... Preguntas, ciclope, cuál es mi nombre. Voy a decírtelo: mi nombre es Nadie y Nadie me llaman todos...»

Ulises. La Odisea.

Objetivo. Determinar el grado de ansiedad y depresión en inmigrantes en situación irregular sin enfermedad psiquiátrica previa.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Consulta de atención primaria de inmigrantes en situación irregular, que carecían de tarjeta sanitaria. Los inmigrantes son derivados a través de la asociación Salud y Familia¹. El paciente es recibido por una mediadora cultural, quien determina las necesidades del inmigrante y lo deriva a un centro de medicina tropical, de salud mental o a la consulta de atención primaria. Así, los inmigrantes que son atendidos no presentan, en principio, ninguna enfermedad psiquiátrica.

Medidas principales. De septiembre a diciembre del 2003 se realiza el test de Goldberg de ansiedad y depresión a todos los pacientes que acudieron a la consulta (se consideró que había ansiedad ante una puntuación ≥ 4 y depresión a una puntuación ≥ 3 para mayor poder discriminatorio). Se recogen las variables edad, sexo, país de origen, tiempo de estancia en nuestro país, tipo de vivienda, presencia o no de familiares, situación laboral, comprensión del español y motivo de consulta. Los resultados fueron analizados con el programa SPSS.

Resultados. Se registraron 27 pacientes (63% varones y 37% mujeres) con una edad media de 32,89 años. El tiempo de estancia medio en nuestro país fue de 17,59 meses. Tan sólo el 29,6% de los inmigrantes tiene algún familiar en España. El 66,7% vive en pisos compartidos; un 32% carece de recursos y vive en pensiones pagadas por la Cruz Roja, en edificios abandonados o en la calle. El 48% tiene el español como primera lengua; un 29,6% lo entiende con dificultades y un 22,2% no lo entiende. El

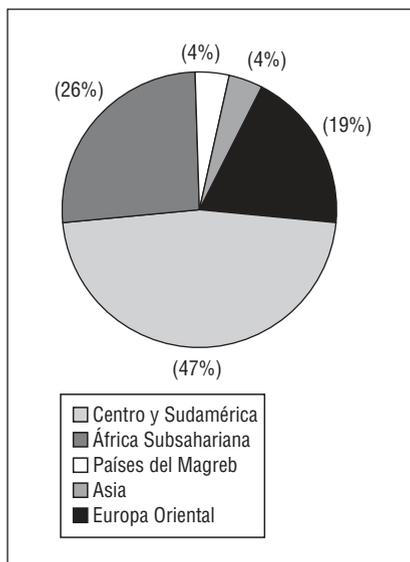


Figura 1.

55,6% no tiene trabajo ni ningún tipo de ingreso. El resto realiza trabajos en situación irregular. La mayoría de los inmigrantes procede del centro y del sur de América, seguidos de los del África subsahariana y Europa del este (fig. 1). Los motivos de consulta fueron principalmente algias específicas ($n = 14$), problemas dermatológicos ($n = 6$) y problemas respiratorios ($n = 4$). El 51,9% de los pacientes presenta ansiedad y el 40,7%, depresión. Ansiedad y depresión son más frecuentes en mujeres (70 y 50%) que en varones (41,2 y 35,3%).

Conclusiones. Las prevalencias de ansiedad y depresión son más elevadas que las de la población general (en Cataluña se estima una prevalencia de depresión del 14,5% y de ansiedad del 11,3%)². En cuanto al sexo, sigue el mismo patrón que el de la población autóctona. No hubo ninguna variable estadísticamente significativa que pudiera relacionarse con el hecho de sufrir ansiedad o depresión, seguramente debido a que se trata de una muestra pequeña, pero sí que se observa una tendencia a sufrir más ansiedad cuanto mayor es el desconocimiento del idioma y más depresión cuanto mayor es el tiempo de estancia en el país y ante la ausencia de trabajo. Habría que poner todos los medios necesarios en acceder a esta población inmigrante que queda al margen del sistema sanitario y valorar siempre una posible depresión y/o ansiedad secundarias al estrés que supone el fenómeno de la inmigración y la situación de irregularidad³⁻⁶.

Agradecimientos. A todo el personal de PAMEM, especialmente a atención al usuario, que con su paciencia y tolerancia han ayudado a la organización de las consultas y han facilitado a los pacientes inmigrantes todos los trámites y apoyo. Facilitarles aunque sea un poco el proceso de adaptación siempre lo agradecen. Ya no son Nadie.

S. Barro Lugo^a, M. Saus Arús^a, A. Barro Lugo^b y M. Fons Martí^c

^aMédico de Familia. PAMEM. CAP Larrard. Barcelona. España. ^bPsicóloga. Barcelona. España. ^cEnfermera. PAMEM. Barcelona. España

1. Servicio de mediación-interpretación intercultural como soporte a los centros sanitarios. Barcelona. Salud y Familia 2002.
2. Estratègies de Salut per a l'any 2010. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2003.
3. García Campayo J, Sanz-Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío. Med Clin (Barc) 2002;118:187-91.
4. Vázquez Villegas J. Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria, aspectos organizativos, formativos y de planificación. Jano 2002;8:54-60.
5. Jansà JM, Borrell C. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. Aten Primaria 2002;29:466-8.
6. Alonso Mayo E. Gestión de la diversidad cultural en atención primaria. Cuadernos de Gestión 2002;8:49-53.

Valoración de dependencias y salud geriátrica

Objetivo. La valoración del anciano constituye uno de los puntos más importantes para realizar una correcta atención geriátrica desde la atención primaria¹⁻³. Por ello, sería deseable que el sistema sanitario incrementara su cartera de servicios a domicilio y el colectivo de enfermería tomara decididamente el papel de protagonista en sus funciones de cuidadores, educadores y

Palabras clave: Depresión. Ansiedad. Inmigrantes no regularizados.

Palabras clave: Valoración geriátrica. Anciano frágil. Déficit encubierto.

Tabla 1 Resultados de los índices de Barthel, Lawton y Brodie, y las escalas de Pfeiffer, Goldberg y Norton

	Varones 85-89 años	%	Varones > 90 años	%	Total varones	Mujeres 85-89 años	%	Mujeres > 90 años	%	Total mujeres	Total absoluto
Actividades de la vida diaria											
Índice de Barthel											
Independientes	27	32,3	7	22,5	34	91	43,3	11	14,2	102	136
					29,0%					35,5%	33,6%
Dependencia leve	21	25,9	9	29,0	30	83	39,5	42	54,5	125	155
					25,6%					43,5%	38,3%
Dependencia importante	33	40,7	20	55,5	53	36	17,1	24	31,1	60	113
					45,2%					20,9%	27,9%
Total	81	69,2	36	30,7	117	210	73,1	77	26,8	287	404
Actividad instrumental de la vida diaria											
Índice de Lawton y Brodie											
		(81)		(36)			(210)		(77)		(404)
Independientes	20	24,6	3	8,3	23	39	18,5	4	5,5	43	66
					19,65%					12,8%	16,3%
Precisan cierta ayuda	25	30,8	11	30,5	36	100	47,6	31	40,2	131	167
					30,7%					45,6%	41,3%
Precisan mucha ayuda	36	44,4	22	61,1	58	71	33,8	42	54,5	113	171
					49,5%					39,3%	42,3%
	81	69,2	36	30,7	117	210	73,1	77	26,8	287	404
Función cognitiva											
Índice de Pfeiffer											
		(81)		(36)			(210)		(77)		(404)
Intacta	57	70,3	23	63,8	80	149	70,9	40	51,9	189	269
					68,3%					65,8%	66,5%
Deterioro bajo	9	11,1	5	13,6	14	18	8,5	11	14,2	29	43
					11,9%					10,1%	10,6%
Deterioro moderado	4	4,7	4	12,5	8	23	10,9	15	19,4	38	47
					6,8%					13,2%	11,6%
Deterioro grave	11	12,6	3	8,3	14	20	9,5	11	14,2	31	45
					11,9%					10,8%	11,1%
	81	69,2	36	27,3	117	210	73,1	77	26,8	287	404
Depresión											
Índice de Goldberg											
		(81)		(36)			(210)		(77)		(404)
Sin depresión	72	88,8	27	75	99	193	91,9	51	71,8	244	343
					84,6%					85,0%	84,9%
Depresión	9	11,1	9	25	10	17	8,0	26	36,6	43	61
					15,3%					14,9%	15,9%
Total	81	69,2	36	30,7	117	210	73,1	77	26,8	287	404
Ansiedad											
Índice de Goldberg											
		(81)		(36)			(210)		(77)		(404)
Sin ansiedad	78	96,2	27	75	105	204	97,1	74	96,1	278	383
					89,7%					96,8%	94,8%
Ansiedad	3	3,7	9	25	12	6	2,8	3	3,8	9	21
					10,25%					3,1%	5,1%
Total	81	69,2	36	30,7	117	210	73,1	77	26,8	287	404
Índice de Norton											
		(81)		(36)			(210)		(77)		(404)

Tabla 1. Resultados de los índices de Barthel, Lawton y Brodie, y las escalas de Pfeiffer, Goldberg y Norton (continuación)

	Varones 85-89 años	%	Varones > 90 años	%	Total varones	Mujeres 85-89 años	%	Mujeres > 90 años	%	Total mujeres	Total absoluto
Sin riesgo	62	76,5	26	72,2	88	175	83,3	43	55,8	218	306
					75,2%					75,9%	75,7%
Riesgo evidente	12	14,8	6	16,6	18	16	7,6	4	5,1	20	38
					15,3%					6,9%	9,4%
Riesgo muy alto	7	8,6	4	11,1	11	19	9,0	30	38,9	49	60
					9,4%					17,0%	14,8%
Total	81	69,2	36	30,7	117	210	73,1	77	26,8	287	404

facilitadores de procesos asistenciales. El objetivo de este estudio es evaluar el resultado de una valoración geriátrica global para conocer y dar respuestas a las necesidades no cubiertas detectadas.

Diseño. Estudio transversal descriptivo.

Emplazamiento. Área de referencia de un Centro de Salud del distrito de Horta-Guinardó, en Barcelona.

Participantes. Pacientes mayores de 84 años adscritos al centro de salud.

Intervenciones. Se efectuó un listado de personas adscritas a cada uno de los 5 enfermeros/as del centro de salud. Éstos establecieron contacto telefónico con cada persona y se ofreció a realizar una visita domiciliaria para evaluar la situación sociosanitaria y conocer su entorno. Cuando los pacientes acudían al centro de salud por otros motivos, la valoración se realizaba directamente. El programa se inició el 9 de abril de 2001 y finalizó el 8 de abril de 2003.

Mediciones principales. Se aplicaron los índices de Barthel, Lawton y Brodie y las escalas de Norton, Pfeiffer y Goldberg. Se evaluaron la comorbilidad, los hábitos tóxicos, el estado vacunal de gripe, la neumonía y tétanos-difteria, la polifarmacia y los aspectos sociales.

Resultados. Se visitó a 404 personas del total de la población mayor de 84 años (85,7%), el 69,5% en su domicilio y el 30,4% en el centro de salud. En la tabla 1 se muestran los resultados de los índices de Barthel, Lawton y Brodie y la escala de Norton, y se observan diferencias entre varones y mujeres en relación con las dependencias más importantes ($p < 0,01$). El 32,4% de los ancianos vive solo (22,2% varones/36,5% mujeres), de los cuales un 59% tiene un cuidador a tiempo parcial. Se detectó a 10 personas

con las necesidades básicas no cubiertas y en coordinación con los servicios sociales municipales se dio respuesta a todos. Un 72% tenía alteraciones de la visión; un 56%, trastornos de la audición, un 46%, alteraciones del aparato locomotor y un 43%, incontinencia de esfínteres. Un 83% fue vacunado contra la gripe; un 61%, contra la neumonía y un 37%, contra el tétanos-difteria.

Discusión y conclusiones. Este estudio demuestra la factibilidad de una valoración geriátrica global mediante un equipo de enfermería bien organizado, fundamentalmente a través de las visitas de atención domiciliaria. La información obtenida ha sido muy útil para conocer los aspectos sociosanitarios de la población mayor de 84 años.

Agradecimiento. A Antoni Baulies Pascual y Mireia Martínez Gil, enfermeros del EAP Sardenya, por su ayuda en la realización del trabajo.

**B. Ichazo Tobella, J. Vila García,
R. Sancho Agredano,
y N. Alegre Alsina**

EAP Sardenya. Barcelona. España

1. Millorem l'atenció sanitària a les persones grans. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
2. Baztán JJ, Gil L, Andrés E. Aten Primaria 2000;26:374-82.
3. Bayo J, Fernández Aramburu MC, Orfila F, Dalfó A, Casajuana J, Vila MA, et al. Autopercepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un centro de atención primaria. Aten Primaria 1996;17:273-9.
4. Llibre blanc de la gent gran amb dependència. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2001; p. 20.

Un enemigo en casa: la televisión

Introducción. Los niños y adolescentes de los países occidentales dedican más tiempo a ver la televisión que a cualquier otra actividad, excepto a dormir, e incluso pasan más tiempo frente al televisor que en las aulas^{1,2}. Se ha calculado que los niños pasan 20-35 horas semanales delante del televisor^{3,4}. Pero cada vez son más quienes piensan que ver la televisión no es malo en sí mismo y que sus consecuencias dependen del modo en que se ve.

Objetivo. Analizar el consumo televisivo de los niños por grupos de edad, los factores condicionantes y sus consecuencias.

Diseño. Estudio prospectivo observacional, transversal.

Emplazamiento. Área de salud urbana (ABS).

Participantes. Muestra aleatoria de 135 niños, de 2 a 14 años, que han asistido a una consulta programada en el seguimiento del programa del niño sano, calculada para un riesgo alfa de 0,05 y una precisión de $\pm 8\%$.

Medidas e intervenciones. Por encuesta de elaboración propia recogemos datos del consumo televisivo, la programación preferida y los datos sociodemográficos.

Resultados. El tiempo dedicado a ver la televisión fue de 98 ± 50 min los días laborales y de 127 ± 80 los fines de semana; no

Palabras clave: Niños. Televisión. Consumo.

observamos diferencias estadísticamente significativas por sexo ni grupo de edad. Un 48,9% de los niños veían solos la televisión; por grupos de edad correspondían al 29,3% de los niños de 2 a 8 años, y al 73,3% de los de 9 a 14 años. La programación preferida en un 96% fueron los dibujos en los niños de 2 a 8 años y en el 53,3%, las películas o series en el grupo de 9 a 14 años; el contenido violento estaba presente en el 51,1% de los casos. El 48,9% de las familias tenía más de 2 televisores en casa y el 26,7% de los niños tenía televisión en su habitación. Los niños con padres con estudios más inferiores vieron más horas de televisión (estudios primarios, un 76,3% de consumo televisivo superior a 3 h; estudios superiores, un 23,7% de consumo superior a 3 h; $p < 0,002$). No se observaron dife-

rencias estadísticamente significativas según el estado civil ni el trabajo de los padres. El 29,6% de los niños que veían la televisión presentaba problemas escolares. Los niños con un consumo televisivo más elevado presentaban en un 26,3% un peso superior al percentil 90. De los que tenían televisión en la habitación, en un 22,2% se producía un consumo superior a 3 h al día. La violencia televisiva estaba presente en el 37,6% de los niños que presentaban trastornos del sueño.

Conclusiones. Los niños de nuestro estudio vieron la televisión de 6 a 15 h semanales. Pero son muy pocos los padres que realmente saben cuánto tiempo pasan sus hijos delante del televisor, por diversos motivos. Es necesario un cambio de actitud en el que el equipo pediátrico ha de participar

desarrollando programas de salud destinados al uso adecuado de la televisión.

E. Ras Vidal y O. Briones Carcedo

Área Básica de Salud Tarragona-Valls
(Sant Salvador). Tarragona. España.

1. Strasburger V. Niños, adolescentes y televisión. *Pediatrics Rev* (ed. esp.) 1992;13: 119-25.
2. Delgado A. La pediatría y los medios de comunicación. *An Esp Pediatr* 1997; (Supl 102):17.
3. Galdó G. La televisión y los niños. En: Prandi F, editor. *Pediatría práctica*. Barcelona: Prous, 1997; p. 65-7.
4. Caviedes Altable BE, Quesada Fernández E, Herranz JL. La televisión y los niños: ¿es responsable la televisión de todos los males que se le atribuyen? *Aten Primaria* 2000;25:142-7.