

Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva

L. dos Santos Palazzo^a, J. Umberto Béria^b, F. Alonso-Fernández^c y E. Tomasi^d

Objetivos. Investigar la prevalencia de depresión y su relación con el motivo de la consulta y el diagnóstico médico.

Diseño. Descriptivo transversal.

Emplazamiento. Unidades de atención primaria de una comunidad de Brasil.

Pacientes u otros participantes. Individuos entre 13 y 19 años, que acudieron a 10 unidades de atención primaria para consultar con médico no psiquiatra entre octubre del 1997 y enero del 1998 (n = 463).

Mediciones y resultados principales. Se utilizó el CET-DE (Alonso-Fernández, 1986) para medir la depresión y un cuestionario para evaluar datos sociodemográficos y relativos a la consulta. La prevalencia fue del 26,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 22,6-30,4%). Hubo un 99,2% de casos de depresión no identificados. Las quejas estuvieron dispersas en el campo somático (61,1%) y relacionadas con la sexualidad (49,5%), principalmente el embarazo (31,7%), sobre todo entre los deprimidos ($p < 0,001$). Hubo pocas quejas psicosociales (1,5%). Los diagnósticos con frecuencia estuvieron de acuerdo con las quejas: un 59,9% somáticos; un 38,4% relacionados con la sexualidad (embarazo, el 21,6%), y un 1,7% de tipo psicosocial.

Conclusiones. La depresión en adolescentes es frecuente en atención primaria, y no suele ser identificada. La razón se puede atribuir al tipo de depresión, que suele ser leve o focalizada en una sola dimensión de la vitalidad humana; por una tendencia del médico a centrar su atención en la queja sin ampliar el espectro clínico, o incluso porque el joven apenas expresa sus problemas emocionales, lo que contribuye para que la depresión pase con frecuencia sin ser diagnosticada.

Palabras clave: Adolescencia. Depresión. Atención primaria. Brasil.

DEPRESSION IN ADOLESCENCE TREATED AT PRIMARY CARE CENTRES: SIZE OF A HIDDEN PROBLEM OF GENERAL HEALTH

Objectives. To investigate the prevalence of depression and its relationship to the reason for the consultation and to the medical diagnosis.

Design. Descriptive, cross-sectional design.

Setting. Primary care units of a community in Brazil.

Patients and other participants. Individuals between 13 and 19 years old, who attended 10 primary care units to consult with a non-psychiatric doctor between October 1997 and January 1998 (n = 463).

Main measurements and results. The CET-DE (Alonso-Fernández, 1986) was used to measure depression, jointly with a questionnaire for evaluating social and demographic details and data pertinent to the consultation. Prevalence ran at 26.5% (95% CI: 22.6-30.4%). 99.2% cases of depression had not been identified.

Complaints were spread over the somatic field (61.1%), or were sex-related (49.5%), mainly pregnancy (31.7%), especially among the cases of depression ($p < 0.001$). There were few psychiatric-social complaints (1.5%). Diagnoses often coincided with complaints: 59.9% somatic, 38.4% sex-related (pregnancy = 21.6%) and 1.7% psychiatric-social.

Conclusions. Adolescent depression is common in primary care, but is not usually identified. The reason for this may be the kind of depression, which is usually light or focused on just one dimension of human vitality; the doctor's tendency to centre his/her attention on the complaint without broadening the clinical spectrum; or even because the adolescent expresses his/her emotional problems poorly, which often contributes to the depression not being diagnosed.

Key words: Adolescence. Depression. Primary care. Brazil.

^aMédico. Facultad de Enfermería. Posgrado en Salud Colectiva. Universidad Luterana do Brasil.

^bMédico. Facultad de Medicina. Posgrado en Salud Colectiva. Universidad Luterana do Brasil. Departamento de Medicina Social, Facultad de Medicina. Universidad Federal de Pelotas. Brasil.

^cMédico. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. España.

^dAsistente Social. Departamento de Medicina Social. Facultad de Medicina. Universidad Federal de Pelotas. Brasil. Secretaría Municipal de Salud y Bienestar de la ciudad de Pelotas. Brasil.

Correspondencia:
 Universidad Luterana do Brasil.
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
 R. Miguel Tostes, 101.
 Canoas (RS). CP 93420-280.
 Brasil.

Manuscrito aceptado para su publicación el 18-VII-2001.

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 precondición para un futuro intento de suicidio en jóvenes²⁻⁴ que figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. Existe significativa evidencia de la continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y su prolongamiento durante la etapa adulta, resultando en altos índices de hospitalizaciones psiquiátricas y clínicas, así como de problemas laborales y de relación futuros^{3,5,6}. También, el trastorno depresivo se encuentra asociado al uso abusivo de alcohol y drogas, a trastornos alimentarios, a conductas de riesgo, a promiscuidad sexual, a conductas delictivas y a hiperagresividad^{2,7}, lo que nos hace entender que la depresión en la adolescencia, además del coste personal, acarrea un grave coste social, por la repercusión comunitaria que genera.

La enfermedad depresiva y sus consecuencias, como la propia adolescencia, aunque reconocidas como relevantes, pasan muchas veces sin recibir la atención debida⁸⁻¹⁰. Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son reticentes a consultar a un profesional de la salud¹⁰.

Cuando recurren a la atención médica, lo hacen con quejas primariamente somáticas y, como resultado, este grupo se vuelve vulnerable a no tener sus problemas emocionales identificados¹¹⁻¹³ que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea, sino al contrario, posteriormente dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta.

Pese a lo expuesto, en la revisión bibliográfica realizada entre 1988 y 2000 en Medline hemos encontrado sólo tres referencias que aborden la depresión en la adolescencia en el ámbito de la atención primaria¹⁴⁻¹⁶.

Debido a que muchos casos no llegan a los profesionales de la salud mental¹⁰, el reconocimiento de los médicos de atención primaria, así como su intervención, son esenciales. Las unidades de atención primaria desempeñan la función de «puerta de entrada» del sistema de salud pública de Brasil y de muchos países, encontrándose, pues, en un lugar privilegiado para intervenciones preventivas.

Con ese estudio se ha pretendido investigar la tasa de prevalencia puntual de cuadros depresivos y su tipología entre las quejas que motivan que los adolescentes busquen los centros de atención primaria de una determinada comunidad brasileña, y estudiar la relación entre el motivo de la consulta, el diagnóstico médico y la presencia de depresión en los jóvenes.

Material y métodos

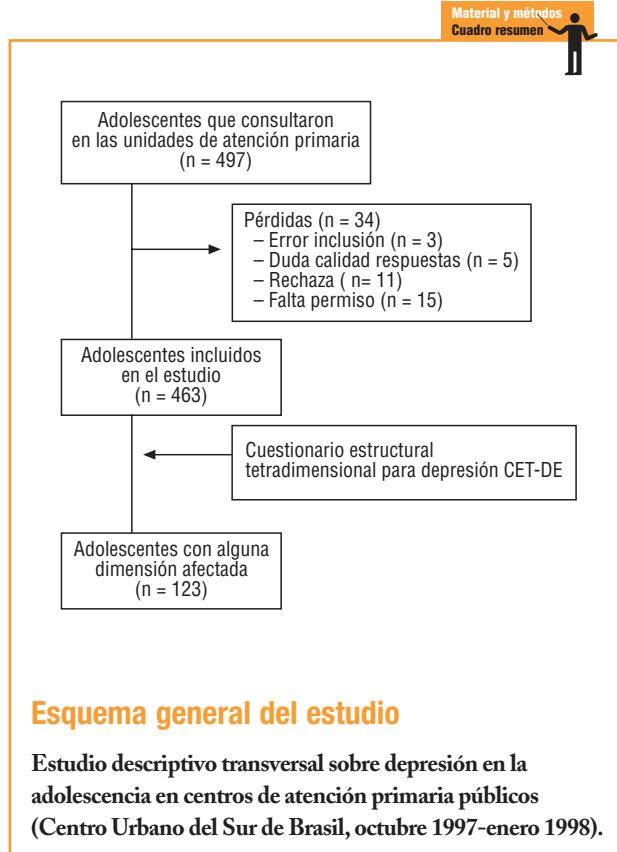
Es un estudio descriptivo transversal con base en servicios públicos de atención primaria localizados en la zona urbana de una comunidad (300.000 habitantes) ubicada en el extremo sur de Brasil. Cada unidad posee un equipo básico, constituido por un pediatra, un médico clínico, un ginecólogo, un dentista y un asistente social. Algunas poseen también un nutricionista, un enfermero y profesionales de la salud mental (psiquiatra y psicólogo). Suelen localizarse en la periferia de la ciudad y atender a la clase menos favorecida de la población. Toda la salud pública del municipio está bajo la coordinación y gestión de la Secretaría Municipal de Salud (SMSBE).

Entre un total de 35 unidades de atención primaria, 10 fueron elegidas al azar para formar parte del estudio. Se incluyó a todos los individuos con edad entre 13 y 19 años que acudieron a las unidades para consultar con médico general, un ginecólogo o un pediatra. También se incluyó a los jóvenes que acudieron a la consulta del psiquiatra u otro profesional de la unidad, pero que han tenido consulta con médico no psiquiatra en los últimos treinta días y, precisamente, la entrevista se basó en esa consulta anterior con el médico.

Con el objetivo de medir la prevalencia de depresión, el tamaño de la muestra calculado fue de 306 adolescentes, utilizándose la metodología para estudio de prevalencia (EpiInfo, 6) considerando: a) número aproximado de jóvenes que consultan por mes en las unidades, según la SMSBE (2.000); b) frecuencia esperada para depresión en atención primaria (30%); c) nivel de significancia < 5%; d) posibles pérdidas (10%); e) precisión (5%). Durante el período comprendido entre octubre del 1997 y enero del 1998 acudieron a las unidades 497 adolescentes. No se entrevistó a 26 principalmente porque rechazaron participar en el estudio o por falta de permiso. De las 471 entrevistas realizadas, ocho fueron excluidas (cinco por duda en relación con la calidad de las respuestas y tres por inclusión equivocada). Así, hubo 34 pérdidas (6,8%) y la muestra total del estudio quedó en 463 adolescentes.

En la muestra, la renta familiar tiene un promedio de un sueldo mínimo *per capita*, predomina el sexo femenino (78,8%), la media de edad es 16 años, hay más solteros (73,7%) aunque un 32,3% de las mujeres estén casadas frente a un 4,1% de los varones. Un 45,8% estudia y un 37,4% ni estudia ni trabaja fuera del hogar. Cuando estratificamos por sexo, verificamos que la mayoría de los varones estudia (54,1%) y pocos entran en la categoría «ni estudian y ni trabajan» (16, 3%). Mientras tanto, las chicas muchas «ni estudian ni trabajan» (43,0%) y entre las que pertenecen a esa categoría la mayoría está casada (59,9%).

Para medir la depresión se utilizó el Cuestionario Estructural Tetradiimensional para la Depresión (CET-DE)¹⁷, traducido y adaptado al portugués y cuyo procedimiento de validez para la población brasileña se encuentra en fase de elaboración. El CET-DE es heteroadministrado y concretiza la metodología tetradiimensional⁷ que tiene como trasfondo el método fenomenológico-estructural donde la estructura clínica del cuadro depresivo se sistematiza en cuatro dimensiones semiológicas interdependientes, cada una de las cuales corresponde al vector funcional de la vitalidad humana afectado (humor, energía, comunicación y ritmos biológicos): dimensión I (humor depresivo); dimensión II (anergia); dimensión III (discomunicación), y dimensión IV (ritmopatía). Permite la evaluación de las últimas 4 semanas y el punto de corte que señala el umbral de la depresión es el 32 para ambos sexos. El tipo clínico se establece según el número de



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo transversal sobre depresión en la adolescencia en centros de atención primaria públicos (Centro Urbano del Sur de Brasil, octubre 1997-enero 1998).

dimensiones afectadas. Fue elegido como instrumento pues posibilita, además del diagnóstico, estimar la gravedad del trastorno, pues cuanto más se intensifica el problema más dimensiones aparecen afectadas, lo que permite el diagnóstico de cuadros depresivos ligeros o larvados y aquellos caracterizados por la ausencia de humor depresivo (común en los adolescentes)¹⁷.

Para minimizar el sesgo de información, y por no haber en el momento del estudio ningún instrumento para diagnóstico de depresión validado para Brasil, en la misma muestra también se utilizó el Self-Report Questionnaire (SRQ-20), cuyo estudio de validez para la población brasileña fue realizado por Mary y Williams¹⁸, y cuya estructura factorial evalúa la anergia, los síntomas somáticos, el humor depresivo y el pensamiento depresivo. El índice de concordancia (kappa) entre los diagnósticos fue de 0,61, considerado bueno¹⁹. Además, se utilizó un cuestionario estructurado para evaluar las variables sociodemográficas y los datos sobre la consulta médica.

Los entrevistadores (estudiantes de medicina, enfermería y sociología) fueron entrenados a diario durante 2 semanas y el estudio piloto se desarrolló durante una semana en cinco unidades. La recogida de los datos fue realizada con un entrevistador en cada turno, todos los días, en todos los centros elegidos. El cuestionario y el CET-DE se realizaban con el adolescente inmediatamente después de la consulta médica y los datos referentes al diagnóstico (CIE-10) eran verificados en la ficha de registro médico padronizada por la SMSBE y que permite apuntar un primero y un segundo diagnósticos. El control de la calidad fue llevado a cabo a través de reuniones semanales con todos los entrevistadores y la coordinadora del estudio; una revisión de cada una de las entrevistas para posterior discusión sobre el trabajo.

jo; la comparación entre la numeración de los cuestionarios entregados a los entrevistadores y los devueltos, así como a través de llamadas y visitas sorpresa a las unidades.

Análisis de los datos

Los datos fueron digitados en dos archivos distintos que fueron comparados posteriormente utilizándose el paquete estadístico EpiInfo 6, con el objetivo de evitar sesgos en esa fase. El SPSS/PC+ fue utilizado para medir la frecuencia de la distribución de las variables y también para la verificación de las asociaciones entre las variables básicamente a través del test de la χ^2 cuadrado (χ^2) y del coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados

En la muestra, 123 jóvenes tenían por lo menos una de las dimensiones afectadas en el CET-DE, lo que corresponde a una prevalencia de depresión del 26,5% (intervalo de confianza [IC] 95%: 22,6-30,4%). En cuanto a la tipología del cuadro depresivo, verificamos un predominio del tipo clínico unidimensional (52,0%), y entre todas, la dimensión IV (regulación de los ritmos) fue la más afectada (31,7%). Se ha excluido a las adolescentes con diagnóstico de embarazo, pues se sabe que esa condición puede alterar los ritmos biológicos, y aun así no hubo un cambio significativo, y la dimensión IV siguió siendo la más afectada (31,5%). Los tipos clínicos tridimensionales y tetradimensionales corresponden a los cuadros depresivos más graves y la suma de los dos tipos totalizó 30 casos. En la muestra, 36 adolescentes presentaron la idea de quitarse la vida como un síntoma bien definido de los que 23 (63,9%) han obtenido una puntuación positiva en el CET-DE, reflejando una asociación entre depresión e idea suicida ($p < 0,0001$).

Los adolescentes del sexo femenino presentaron significativamente más depresión (31,2%) que los del sexo masculino (9,2%), con una razón alrededor de 3:1. Se ha excluido a las adolescentes con diagnóstico de embarazo, teniendo en cuenta que esta condición podría estar distorsionando este resultado por asociarse con cuadros depresivos³⁴ y se observó que no hubo alteración significativa.

Respecto a la relación entre el cuadro depresivo y la actividad de los jóvenes, encontramos que la depresión es más frecuente entre los adolescentes que entran en la categoría «ni estudia ni trabaja» (37,0%). Cuando analizamos esta categoría, relacionando actividad, depresión, sexo y estado civil, verificamos que la depresión predomina de manera significativa entre las jóvenes casadas que «ni estudian ni trabajan».

En relación con la utilización de los servicios de salud, encontramos que, entre los 123 adolescentes deprimidos, un 61,8% había consultado anteriormente hacia 6 meses o más

Sobre las variables «queja que motivó la consulta» y «diagnóstico médico», verificamos que la mayoría de los problemas que motivaron la búsqueda de atención médica por los

TABLA
1**Los 15 diagnósticos médicos (CIE-10) otorgados con más frecuencia a los 123 adolescentes deprimidos (unidades de atención primaria municipales/centro urbano del sur de Brasil, 1997-1998)**

Diagnóstico	n	%
Z34.0 (supervisión del primer embarazo normal)*	21	17,0
N91.2 (amenorrea sin especificación)*	14	11,3
Z34.8 (supervisión de otro embarazo)*	9	7,3
Z01.4 (exploración ginecológica)*	7	5,7
R51 (cefalea)	7	5,7
N76.0 (vaginitis aguda)*	7	5,7
N39.0 (infección del trato urinario, sin especificar la localización)	6	4,8
Z30.0 (orientación sobre contracepción)*	4	3,2
R42 (mareo e inestabilidad)	3	2,4
R10.4 (otros dolores abdominales y sin especificación)	3	2,4
M54.9 (dorsalgia sin especificación)	3	2,4
D53.9 (anemia nutricional sin especificación)	3	2,4
Z30.8 (otro procedimiento anticonceptivo)*	2	1,6
N92.6 (menstruación irregular sin especificación)*	2	1,6
Z39.2 (seguimiento posparto rutinario)*	1	0,8

*Diagnósticos relacionados con la sexualidad.

adolescentes de la muestra eran quejas somáticas diversas (61,1%), seguidas de quejas dispersas en el ámbito de la sexualidad (37,4%), en que el embarazo fue el motivo más frecuente (24,6%), y sólo 7 adolescentes (1,5%) presentaron quejas psicosociales. Se observó que muchos diagnósticos médicos estaban relacionados con la queja que motivó la consulta. Así, entre los 485 diagnósticos conocidos (la suma del primero con el segundo), un 59,9% comprendía diagnósticos variados dispersos en el ámbito somático, un 38,4% pertenecía al campo de la sexualidad, en que el embarazo fue el más frecuente (21,6%), y un 1,7%, a la esfera psicosocial.

TABLA
2**Diagnóstico médico de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10), su asociación con la queja que motivó la consulta y la presencia de depresión en los adolescentes de la muestra (n = 463) (unidades de atención primaria municipales/centro urbano del sur de Brasil, 1997-1998)**

Diagnóstico	Motivo de la consulta	CET-DE
F14.2 (trastornos mentales y comportamentales debido al uso de cocaína con síndrome de dependencia) (n = 1)	«Ver como está mi salud»	(-)
F34.1 (distimia) (n = 1)	«Estaba mal. Depresión»	(-)
F41.9 (trastorno de ansiedad sin especificación) (n = 5)	«Dolor en la cabeza»	(+)
	«La presión. Tengo la presión muy baja»	(-)
	«Tengo las manos hinchadas»	(-)
	«No puedo controlar la orina»	(+)
	«Me falta el aire»	(-)
F32.9 (episodio depresivo sin especificación) (n = 1)	«Creo que estoy con una hernia, con un carozo en la tripa»	(+)

(-): CET-DE negativo para la depresión; (+): CET-DE positivo para la depresión.

Al analizar la relación entre la depresión, la queja que motivó la consulta y el diagnóstico médico, encontramos que los adolescentes deprimidos presentaron más quejas relacionadas con la sexualidad (49,5%) que los no deprimidos ($p < 0,001$) y el embarazo fue la queja predominante (31,7%). De manera semejante, los diagnósticos otorgados a los jóvenes deprimidos (tabla 1) están con mucha frecuencia en el ámbito de la sexualidad (54,2%) y relacionados con el embarazo (25,2%). Al estudiar la situación de embarazo en la muestra total, que aparece como motivo de consulta en 114 casos (24,62%) y como diagnóstico médico en 100 (21,59%), notamos que las adolescentes que consultaron por esa queja presentaron un porcentaje más elevado de depresión que aquellas sin este motivo ($p < 0,03$), y la mayoría era soltera (53,2%). Entretanto, las jóvenes que recibieron diagnóstico médico relacionado con el embarazo, no presentaron más depresión que aquellas sin este diagnóstico ($p > 0,05$) y la mayoría estaba casada o viviendo maritalmente (68,0%).

Sobre el diagnóstico médico relativo al apartado «trastornos mentales y del comportamiento» (CIE-10) otorgado a 8 adolescentes (1,7%) observamos que el más frecuente fue «trastorno de ansiedad no especificado» (5 casos). Los trastornos depresivos aparecieron registrados en sólo 2 casos: «distimia» y «episodio depresivo no especificado». Al estudiar la relación entre este grupo diagnóstico (F00-F99), el motivo de la consulta y la presencia de trastorno depresivo (tabla 2) verificamos que sólo en un caso, el motivo de la consulta fue depresión y el diagnóstico fue «distimia». Entretanto, este adolescente no presentó puntuación positiva en el CET-DE; es decir, no se trataba de un caso de depresión o podría corresponder a un falso negativo del test. Destacamos que esa fue la única vez en que aparece la prescripción de medicación antidepresiva. De los 5 casos diagnosticados como «trastorno de ansiedad sin especificación», el motivo de la consulta fue variado y dos de ellos presentaron CET-DE positivo que, quizás, correspondan a aquellos casos de depresión asociada con trastor-



no de ansiedad (comorbilidad). Es importante poner de relieve que sólo en una situación el diagnóstico médico fue «episodio depresivo no especificado» y coincide con el CET-DE positivo.

Así, sobre los 123 jóvenes considerados deprimidos en tan sólo un caso (0,8%) la depresión fue registrada por el médico y aparece como segundo diagnóstico, encajando un porcentaje del 99,2% de casos de depresión no identificados. También sólo 3 jóvenes (2,4%) fueron derivados a un profesional de salud mental y ninguno recibió medicación antidepresiva.

Discusión

La presente investigación estuvo enmarcada por la preocupación en propiciar una reflexión sobre el asunto entre profesionales sanitarios, profesores de escuelas médicas y responsables de gestiones en el ámbito de la salud colectiva, además de incentivar estudios futuros. No obstante, los resultados encontrados deben estimarse teniendo en cuenta algunos elementos que se comentan a continuación.

Por ser un estudio con base en servicios públicos de salud, los datos verificados no pueden ser extendidos a la población adolescente en general, pero sí entre aquellos que consultan en las unidades de atención primaria de la zona urbana de comunidades semejantes. El diseño del estudio posibilitó que lográramos la caracterización de la muestra y sus quejas, el diagnóstico médico, así como verificar la presencia de depresión; sin embargo, es importante tener en cuenta la posibilidad de algún sesgo de información, puesto que en el instrumento utilizado para la medición de la depresión no se había concluido el estudio de validez para Brasil. Aun así, la frecuencia de depresión y el escaso número de cuadros depresivos y otros trastornos emocionales identificados permitió llamar la atención sobre el problema, alcanzando así uno de los objetivos del estudio. El tamaño de la muestra no ha permitido el análisis multivariante y la evaluación de factores de riesgo para la enfermedad depresiva en la adolescencia, lo que tampoco se había constituido como objeto del estudio.

La prevalencia de depresión encontrada es elevada. Esto puede ser debido a que el estudio de jóvenes que consultan presupone una muestra ya con algún tipo de problema (sesgo de selección). Sin embargo, es comparable a la de otras investigaciones realizadas con diferentes metodologías y distintas poblaciones de adolescentes^{11,14}. Colino et al¹⁵, en estudio descriptivo realizado en dos centros de salud de España, encontraron una prevalencia del 25,9% para posible depresión; Lewinsohn et al⁴, en un estudio longitudinal realizado con estudiantes de Oregon, encontraron una tasa del 24%.

El escaso reconocimiento de la depresión por los médicos motivó la reflexión de si el médico en realidad no percibe

Lo conocido sobre el tema

- Escaso conocimiento sobre depresión en adolescentes en el ámbito de la atención primaria de salud.
- Poca identificación de problemas emocionales en atención primaria.
- Las quejas de los adolescentes están principalmente en el ámbito somático.

Qué aporta este estudio

- Prevalencia de depresión en adolescentes que consultan con médicos de atención primaria (26,5%).
- El 99,2% de casos de depresión en adolescentes no son identificados por médicos de atención primaria.
- Muchos adolescentes consultan con médicos de atención primaria por motivos relacionados con la sexualidad (49,5%), principalmente embarazo (31,7%).

y no diagnostica los trastornos psicopatológicos, sobre todo los cuadros depresivos, o de si no les da la debida importancia hasta el punto de no registrarlos. En este sentido, el mínimo diagnóstico de depresión añadido a un bajo número de adolescentes derivados a profesionales de la salud mental y la carencia de prescripción de antidepresivos apuntan hacia la hipótesis de que el trastorno depresivo en adolescentes pasa mucha veces sin ser identificado. Sin embargo, conviene considerar la posibilidad del diagnóstico en consultas anteriores, aunque la mayoría de los jóvenes depresivos habían consultado anteriormente hacía 6 meses o más.

Según Weissman et al³, los adolescentes deprimidos son menos propensos a ser diagnosticados y tratados debido a que, para muchos médicos, la depresión es un trastorno de la media o la tercera edad. Para Alonso-Fernández⁷ las depresiones unidimensionales, como las encontradas en nuestro estudio, caracterizan cuadros ligeros o larvados, o bien depresiones atípicas o focalizadas (en este caso en la ritmopatía), y son las más difíciles de diagnosticar correctamente. También, muchos de los diagnósticos otorgados a los adolescentes están de acuerdo con el motivo de la consulta, lo que puede traducir una tendencia de los médicos a centrar su atención hacia la queja principal, sin ampliar el espectro clínico. Otros autores²² también indican que la mayoría de las demandas de los adolescentes no aparecen explícitamente relacionadas con lo emocional, y aunque son variadas en el plan somático y sexual, los diagnósticos también quedan limitados a la vertiente corporal

del tema. Además, la dificultad que tienen los adolescentes en hablar con sus médicos sobre sus problemas emocionales también influye en que la depresión en esta etapa sea difícilmente reconocida^{12,13,15,23}.

Entre otros elementos que pueden influir destacamos: la falta de conocimiento de los médicos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los trastornos psíquicos en la adolescencia; la escasez de tiempo en la consulta, y la formación médica que fomenta la dicotomía cuerpo/mente, a través de un énfasis puesto sobre las enfermedades somáticas²³⁻²⁸.

La dimensión IV (ritmopatía), que aparece como la más afectada, concuerda con lo encontrado por Ryan et al²⁰, que en un estudio transversal sobre depresión con una muestra de 95 niños y 92 adolescentes de un ambulatorio especializado y de un hospital de Nueva York, encontraron un 74% de insomnio y un 51% de anorexia; también Souza Soares et al²¹, en un estudio realizado para evaluar la prevalencia de psicopatología en escolares de tres capitales brasileñas, encontraron de un 8 a un 12% de falta de apetito y de un 6 a un 8% de insomnio como síntomas depresivos. Los resultados destacan la importancia de los ritmos biológicos como esfera de alteración en la depresión de los adolescentes.

La prevalencia de depresión más elevada entre las chicas^{28,29} puede deberse a que las mujeres deprimidas acuden más a los servicios asistenciales que los varones⁸; también es posible que el comportamiento antisocial de los jóvenes se corresponda con el ánimo depresivo de las chicas, destacando la cuestión de la especificidad del diagnóstico, que puede, bajo diferentes etiquetas, referirse a cuadros psicopatológicos semejantes²⁸.

La frecuencia encontrada de quejas y diagnósticos relacionados con la sexualidad, principalmente el embarazo, y la carencia de quejas psicosociales coincide con lo descrito por otros autores. Fisher et al³⁰, en un estudio transversal con jóvenes que consultaron por primera vez en el ambulatorio de la Universidad North Shore (EE.UU.), encontraron un 72% de quejas relacionadas con la esfera sexual y un 4,0% de problemas emocionales o abuso de sustancias, lo que destaca la importancia de la sexualidad en la adolescencia. La escasez de quejas psicosociales puede estar asociada con la noción del adolescente de que el médico es un adulto tenso, que trabaja de modo apresurado y lejano al cliente²³ o también con aspectos de la cultura local reflejados a través de una postura pasiva que ni siquiera reconoce el derecho de hablar.

Respecto a la relación entre embarazo y depresión, debido a que el presente estudio no fue específicamente planteado para evaluar factores de riesgo, no fue posible estimar hasta qué punto el embarazo se sitúa como elemento generador o consecuente de la depresión. Parece que el matrimonio puede actuar como factor protector en un determinado momento. Aun así, según Colomer y Brines³¹ este matrimonio suele ser poco estable y posteriormente presentar

serios problemas de convivencia. Además, suele tener como consecuencia la interrupción de los estudios, lo que podría explicar la asociación entre depresión y el hecho de no trabajar ni estudiar encontrado entre las jóvenes casadas, pues la escuela y el trabajo son importantes medios de socialización en la adolescencia, incluso para los casados, y su carencia puede suponer un cierto grado de aislamiento y depresión. Creemos que son necesarios estudios específicos para aclarar este tema.

La tasa de pensamiento suicida encontrada y su asociación con depresión es semejante a lo descrito en otros estudios⁴ y merece atención. Myers et al³² en una muestra de 138 adolescentes de un servicio ambulatorio y hospitalario de Washington encontraron que problemas de conducta y pensamientos depresivos son los más potentes predictores de suicidio entre jóvenes, y los suicidas forman un subgrupo distinto entre los adolescentes deprimidos. Clark y Kerkhof³³, sobre depresión en general en el ámbito de la atención primaria, sostienen que muchas de las víctimas del suicidio han consultado con un médico poco antes de su muerte, con frecuencia un médico no especialista en salud mental, y que considerables evidencias demuestran que los profesionales sanitarios a menudo fallan en identificar psicopatologías en sus enfermos.

La prevalencia de depresión en los adolescentes, el número de casos no identificados por los médicos de atención primaria, y la relación entre depresión y pensamiento suicida pone de relieve la magnitud de un problema de salud pública. Por eso, es imprescindible que los gestores de salud proporcionen entrenamiento para los médicos respecto a la adolescencia, sus peculiaridades y su psicopatología, principalmente la depresión; que, además, pongan en marcha programas específicos vinculados a la atención primaria sobre salud del adolescente, incluyendo orientación familiar; que el equipo sanitario pueda acercarse a los adolescentes (clubes, asociaciones de vecinos, grupos juveniles y otros) y no simplemente esperar a que ellos busquen los centros de salud. Además, es esencial que, en la carrera de medicina, se le dé tanta importancia al sufrimiento emocional del ser humano como al padecimiento físico.

Bibliografía

1. Murray CJ, López, AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 24; 349:1498-1505
2. Marcelli D. Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal. Barcelona: Masson, 1992.
3. Weissman M et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999; 281: 1707-1713
4. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consult Clin Psychology* 1994; 62: 297-305.

5. Kandel D, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 255-262.
6. Harrington R. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. *Psiquiátric status*. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 465-473.
7. Alonso-Fernández F. La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor, 1988.
8. Bhatara VS. Early detection of adolescent mood disorders. *South Dakota Journal of Medicine* 1992; 45: 75-78.
9. Troxler MA, Grogg SE. Guide to family practitioners for the diagnosis and treatment of depression in children and adolescents. *J Amer Osteopath Assoc* 1997; 97: 280-285.
10. Post D, Carr C, Weigand J. Teenagers: mental health and psychological issues. *Adolesc Med* 1998; 25: 181-192.
11. Capelli M. Identifying depressed and suicidal adolescents in a teen health clinic. *J Adolesc Health* 1995; 16: 64-70.
12. Kirmayer LJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 734-741.
13. Tylee AT. Why do general practitioners recognize major depression in one woman patient yet miss it in another? *Br J Gen Pract* 1993; 43: 327-330.
14. Sen B. An analysis of the nature of depressive phenomena in primary health care utilising multivariate statistical techniques. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 28-32.
15. Colino NR., Fernández Barrero A, Martínez PU. Utilización de la consulta de atención primaria por los adolescentes y detección de problemas de salud no demandados. *Aten Primaria* 1995; 16: 594-600.
16. EL-Rufae OEFA, Albar AA, AL-Dabal BK. Identifying anxiety and depressive disorders among primary care patients: a pilot study. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 280-282.
17. Alonso-Fernández F. CET-DE: Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (3.^a ed. revisada y ampliada). Madrid; TEA, S.A., 1995.
18. Mary JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
19. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica (2.^a ed.). Madrid: Harcourt S.A., 1999.
20. Ryan ND et al. The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 854-861.
21. Souza Soares KV et al. Sintomas depressivos em adolescentes: análise dos dados do estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Metropolitanas. *Revista ABP-APAL* 1994; 16: 11-17.
22. Zwaigenbaum L et al. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics* 1999; 103: 1203-1209.
23. Malus M. Priorities in adolescent health care: the teenager's viewpoint. *J Fam Pract* 1987; 25: 159-162.
24. Blum R. Physicians assessment of deficiencies and desire for training in adolescent care. *J Med Educ* 1987; 62: 401-407.
25. Iacoponi E. Metodological issues in measuring the detection of emotional disorders by primary care physicians - a review of the literature. *Rev Saúde Públ S. Paulo* 1988; 22: 46-56.
26. Marks A, Fisher M, Lasker S. Adolescent medicine in pediatric practice. *J Adolesc Health Care* 1990; 11: 149-153.
27. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 182-190.
28. Kandel D, Davie M. Epidemiology of depressive mood in adolescents: an empirical study. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1205-1212.
29. Allgood-Merten B, Lewinshon PM, Hops H. Sex differences and adolescent depression. *J Abnorm Psychol* 1990; 99: 55-63.
30. Fisher M, Marks A, Trieller K. Meeting the health care needs of suburban youth: review of a clinical service. *Pediatrics* 1988; 81: 8-13.
31. Colomer J, Brines J. Embarazo en la adolescencia. *An Esp Pediatr* 1991; 35 (Supl 46): 84-86.
32. Myers K et al. Risk for suicidality in major depression disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 86-99.
33. Clark DC, Kerkhof JMF. Unrecognized symptoms of depression. *Crisis* 1994; 15: 2-3.
34. Mendonza VL. Aproximación al estudio de los perfiles situacionales de la mujer depresiva [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1992.