

ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE LA PROVINCIA DE TARRAGONA*.

Andrés García Siso**

INTRODUCCIÓN:

Se estudia la depresión infantil en la clínica ambulatoria especializada, a partir de los casos nuevos que acuden al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) durante 1997. La incidencia y prevalencia de los pacientes depresivos en niños y adolescentes, componen junto al grupo de menores con trastornos de conducta, la patología más frecuentemente atendida en un CSMIJ. Además, por estudios epidemiológicos de nuestro entorno (1), sabemos la alta prevalencia de la depresión, alrededor del 16% (la prevalencia anual de trastorno mental en Reus a los 18 años es de 20-29%), en sentido amplio, y de un 2.4%, si restringimos a un episodio depresivo, a los 18 años. También nos preocupa el saber si algunas variables sociodemográficas están influyendo en la depresión que acude a nuestros centros, así como saber con cierta precisión la combinación de tratamientos que estamos empleando y aproximarnos a una evaluación de su eficacia.

Estudiaremos los factores de riesgo de nuestros pacientes, en tanto que diferentes trabajos nos muestran las correlaciones existentes entre depresión infanto-juvenil y distintos factores de riesgo, especialmente los familiares. Así, los trastornos infantiles del sueño están muy ligados (2) a la angustia y depresión de

* Comunicación presentada en el XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.) que bajo el título "Nuevos retos y nuevos espacios en psicoterapia" se celebró en Girona los días 15 y 16 de octubre de 1999

** CSMIJ Tarragona. Instituto Pere Mata. Universidad Rovira i Virgili.

la madre, sobre todo en el postparto. Otro importante estudio (3) de una cohorte de 1.151 casos, durante 4 años, confirma que la principal asociación de la depresión materna con hijos de 5-7 y de 8-12 años, es el trastorno de comportamiento e hiperactividad, aunque 4 años después no se confirma en el grupo de menores, pero sí en el de mayores. Sin embargo, en un estudio (4) realizado con 696 padres que describían su estado depresivo y el comportamiento de sus hijos, contradice al anterior, pues no encuentra diferencias con el grupo control; este resultado en parte puede deberse a que los únicos informantes son los padres, mientras que en el anterior, son también los maestros y los chicos. El sexo parece propiciar una diferente vulnerabilidad a los factores de riesgo, así (5), las experiencias infantiles (dificultades en el vínculo madre-hijo y síntomas neuróticos durante la infancia) predisponen más a la depresión a las chicas que a los chicos. Es de interés poder intervenir sobre los factores de riesgo y en los momentos oportunos, así (6), la depresión postparto es el momento idóneo para prevenir trastornos en hijos de madres que sufren depresiones crónicas o recurrentes.

Además de los factores del entorno, no podemos olvidar (7) que, la enfermedad orgánica incrementa significativamente la probabilidad de padecer un trastorno mental.

ESTUDIO:

Finalidad:

Mejorar la organización de nuestras intervenciones, a partir de tener un mayor conocimiento de nuestra realidad asistencial. Se trata de una aplicación de la epidemiología clínica a la calidad asistencial y evaluación de tratamientos.

Objetivos:

Estudio descriptivo de las características sociodemográficas, diagnósticas y terapéuticas, del grupo Depresivos.

Hipótesis:

¿Cómo influyen las variables sociodemográficas (edad, sexo, población...) sobre el subtipo depresivo, sobre los factores de riesgo y sobre el tratamiento empleado?

¿Cómo influye el subtipo de depresión y los factores de riesgo sobre el tipo de tratamiento?

¿Cómo influyen las variables sociodemográficas, de diagnóstico y de tratamiento, sobre el alta?

Material y método:

Sujetos: Grupo Depresivos (n = 320 casos).
Grupo control (n = 313 casos).

Instrumentos: 1. Equivalencia CFTMEA y CIE-10. CFTMEA (Diagnósticos principal, complementario y de Factores de riesgo).
2. Protocolo de recogida de datos: Sociodemográfico, Diagnóstico y Terapéutico.

Equivalencias diagnósticas CFTMEA y CIE-10.

GRUPO DEPRESIVOS

CFTMEA	CIE-10
1. Psicosis distímica	F10.2, F31, F32.3, F33.3 (psicosis depresiva y bipolar)
2. Neurosis depresiva	Episodio depresivo leve F32.0, Episodio depresivo moderado F32.1, Episodio depresivo grave no psicótico F32.2. Episodio depresivo recurrente (F33.0, 33.1, 33.29) Distimia F34.1
3. Trastornos de personalidad	
Disarmonía evolutiva	Personalidad lábil F60.3 F60.8
Patología anaclítica, límite	Trastorno de vinculación infantil reactivo o desinhibido F94.1,94.2
Depresiones ligadas a T.P	Trastorno disocial depresivo F92.0 Trastorno mixto de conducta y emociones F92.8
4. Trastornos reactivos	
Depresión reactiva	Reacción depresiva leve F43.20 Reacción depresiva prolongada F43.21 Reacciones mixtas de ansiedad y depresión F43.22

Equivalencias diagnósticas CFTMEA y CIE-10. GRUPO CONDUCTUALES

CFTMEA	CIE-10
1. Psicosis	
Psicosis esquizofrénicas de inicio en la adolescencia	F20.0, 1,2,6; F25(0-9).
2. Neurosis	
Caracteres neuróticos	F65.5, 60.(4-8), F61 (comport).
Trastornos neuróticos con predominio de alteraciones instrumentales	F40 a F45 + (F80, 81, 82, 83)
3. Trastorno de personalidad	
Caracterial o psicopático	F91, F60.2 (conducta/disocial)
Organización tipo perverso	F65
4. Trastornos reactivos	
Manifestaciones reactivas diversas (mental, comportamental, escolar, social)	F43.23,24,25,28 (Son alteraciones adaptativas)

Protocolo de recogida de datos: Socio-demográfico, diagnóstico y terapéutico

Sociodemográfico	Edad, Sexo, Tamaño de la población en que reside
Diagnóstico	Motivo de solicitud, Diagnóstico principal, Diagnóstico complementario, Identificación de factores de riesgo orgánicos y del entorno
Protocolo de registro del Tipo de tratamiento	Pruebas de diagnóstico psicopatológico Exploraciones médicas, educativas o sociales Psicoterapias individuales (focal, profunda.) Psicoterapia individual de apoyo y cognitivo-conductual Psicoterapia familiar Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar Psicoterapia grupal Tratamiento psicofarmacológico Interconsulta con otros equipos Cuantificación del número total de visitas y del número de absentismos.

Tratamiento estadístico

Descriptivos. Ji-cuadrado para comparaciones cualitativas (entre subgrupos depresivos, entre variables del mismo grupo

general de depresivos y entre Depresivos y control). Es la prueba que usamos básicamente, aunque también utilizamos T-test, para comparar variables cuantitativas (para el estudio del número de visitas totales, o del número total de factores de riesgo). No expondré pormenorizados todos los resultados, debido al mucho espacio que ocupan. Señalar que las significaciones estadísticas se exponen para apreciar la intensidad de dicha significación, y por descontado que, las pruebas realizadas, sea Ji-cuadrado o T-test, cumplen todas las condiciones, para que puedan ser aplicadas.

RESULTADOS HALLAZGOS DESCRIPTIVOS EN EL GRUPO “DEPRESIVOS”

SOCIODEMOGRÁFICOS													
1.	<p>Los Trastornos Depresivos constituyen el 23% (n=325) de los primeros casos (n=1.365) tratados en 1997 en el CSMIJ de la provincia de Tarragona.</p> <p>La Incidencia clínica de ese año es de 0.25% (N=325) y la Prevalencia clínica del 0.36% (n=450).</p> <p>La Incidencia clínica total del CSMIJ en 1.997 es de 1.1%, y la prevalencia clínica total es de 1.9%.</p>												
2.	<p>Perfil del paciente depresivo:</p> <p>Sexo: El paciente es en igual proporción varón (51%) o mujer (49%)</p> <p>Edad: El número de casos aumenta progresivamente con la edad, excepto entre los 12-14 años:</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0- 2 años</td> <td>0.3%</td> <td>9-11 años</td> <td>21.3%</td> </tr> <tr> <td>3- 5 años</td> <td>9.1%</td> <td>12-14 años</td> <td>17.2%</td> </tr> <tr> <td>6- 8 años</td> <td>17.5%</td> <td>15-17 años</td> <td>34.7%</td> </tr> </table>	0- 2 años	0.3%	9-11 años	21.3%	3- 5 años	9.1%	12-14 años	17.2%	6- 8 años	17.5%	15-17 años	34.7%
0- 2 años	0.3%	9-11 años	21.3%										
3- 5 años	9.1%	12-14 años	17.2%										
6- 8 años	17.5%	15-17 años	34.7%										
3.	<p>Mayoritariamente residen en poblaciones entre 9-30.000 habitantes</p> <p>Prevalencia referida a toda la población (no sólo a la de 0-17 años):</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">Poblaciones</td> <td colspan="2">Prevalencia</td> </tr> <tr> <td><4.000 h.</td> <td>0.44%</td> <td>9-30.000 h.</td> <td>0.85%</td> </tr> <tr> <td>4-9.000 h.</td> <td>0.58%</td> <td>>80.000 h.</td> <td>0.51%</td> </tr> </table>	Poblaciones		Prevalencia		<4.000 h.	0.44%	9-30.000 h.	0.85%	4-9.000 h.	0.58%	>80.000 h.	0.51%
Poblaciones		Prevalencia											
<4.000 h.	0.44%	9-30.000 h.	0.85%										
4-9.000 h.	0.58%	>80.000 h.	0.51%										
4.	<p>Y son principalmente detectados y derivados por el médico de asistencia primaria:</p> <p>ABS 61%, Justicia 7% Bienestar social 5% Educación 15% Directo 12%</p>												

DIAGNÓSTICO:		
1. El motivo de solicitud es explicitado como:	Trastorno de las emociones 32% Trastorno del comportamiento 44% Expresión somática 7% Aprendizaje 2% Lenguaje 2% Burocráticos 5% Otros 25%	
2. La distribución de los subtipos diagnósticos de Depresión	Depresión psicótica 1% Depresión en trastornos de la personalidad 28% Depresión neurótica 39% Depresión reactiva 32%.	
3. Diagnóstico complementario	Un 26% de los casos tienen un diagnóstico complementario o comórbido, tanto de algún trastorno instrumental (Hipercesnia-inatención, retraso de lenguaje o trastorno léxico-gráfico...), como de otro de expresión somática (psicosomático, sueño, enuresis...) Hipercesnia-inatención 3.5% Retraso del lenguaje 2.5% Trastorno léxico-gráfico 2.0% Trastornos del sueño 4.0% Trastornos psicosomáticos 3.0% Enuresis 2.0%	
4. Factores de riesgo	El 80% de los casos presentan Factores de Riesgo: con 1 Factor de riesgo 34% con 2 Factores de riesgo 34% con 3 o más Factores de riesgo 12% Los F R Orgánicos se dan en el 13% (Afecciones somáticas invalidantes, epilepsias...) Los FR Entorno en el 75% (Trastorno mental en la familia, contexto familiar peculiar...) Ambos en el 8%	

TRATAMIENTOS:	
1. Tipos de tratamiento según su intensidad anual:	
Ultrabreve (1-3 visitas):	48% de casos (se incluyen abandonos precoces).
Breve (4-10 visitas):	45%
Prolongado:	5%
2. Tipos de tratamiento según su especificidad:	
Pruebas de diagnóstico psicopatológico:	33%
Exploraciones médicas, educativas o sociales	17%
Psicoterapias individuales (focal, profunda.)	41%
Psicoterapia individual de apoyo	23%
Psicoterapia familiar	14%
Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar	39%
Tratamiento psicofarmacológico	13%
Grupal:	2%
Interconsulta con otros equipos:	23% (EAP 9%, Servicios DGAI 7%, ABS 5%)
3. Altas:	
26% de los primeros casos de 1997 recibieron el alta ese año:	
Clinica	15%
Derivación ABS	7%
Interrupción	4%
4. Tipos de visita:	
Preferente	11%
Urgente	9%

Resultados sobre la interacción de algunas variables dentro del grupo general de depresivos:

EL ALTA:	
1. Sexo	La proporción de sexo es semejante en el número y tipo de altas
2. Edad	A mayor edad se da un menor número total de altas, pero aumenta la proporción de altas por interrupción (15-17 años); La menor proporción de interrupciones se produce entre 9 y 14 años ($p=0.044$).
3. Población	La mayor proporción de interrupciones de tratamiento se produce en las poblaciones mayores de 80.000 habitantes ($p=0.022$).
4. Total de visitas: ($p=0.068$)	Entre 1-3 visitas predomina el alta por interrupción. Entre 4-10 visitas predomina el alta clínica. Más de 10 visitas al año predomina la no alta (continúa el tratamiento).

5. Factores de riesgo	El número total de factores de riesgo, no modifica el tipo de alta, sean éstos orgánicos o del entorno. Sin embargo, los FR orgánico denominados, afecciones somáticas invalidantes y epilepsias ($p=0.0003$), y los casos que se significan con el FR del entorno llamado, contexto familiar peculiar ($p=0.04$, siempre que haya dos factores y no uno sólo), incrementan el alta por derivación y por interrupción, respectivamente.
6. Diagnóstico complementario	No influye
7. Tipos de tratamiento según su especificidad	<p>Pruebas de diagnóstico psicopatológico: no significativo.</p> <p>Exploraciones médicas, educativas o sociales:</p> <p>En los casos que no se realiza intervención alguna menor número de interrupciones</p> <p>Si se hace un sólo tipo de intervención mayor número de interrupciones</p> <p>Si se hacen los tres tipos de intervención se producen más no-alta.</p> <p>Psicoterapias individuales (focal, profunda.) no significativo</p> <p>Psicoterapia individual de apoyo no significativo</p> <p>Psicoterapia familiar no significativo</p> <p>Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar:</p> <p>En los casos que no se realiza intervención alguna <n.º de altas;</p> <p>Si se hace un sólo tipo de intervención >n.º de altas;</p> <p>Si se hacen dos tipos de intervención se producen más interrupciones.</p> <p>Tratamiento psicofarmacológico no significativo</p>
8. Motivo de solicitud, procedencia	No significativo.
9. Alta por interrupción/alta clínica	<p>En el alta por interrupción hay más absentismo a las visitas que en las altas clínicas ($p=0.0015$).</p> <p>Pero en las altas clínicas, para igual número de FR del entorno: Hay más presencia de los FRE "Trastorno mental en la familia" ($p=0.043$), y más "Ruptura de lazos afectivos" ($p=0.05$).</p>

10. Alta clínica/ No alta	<p>La no alta o continuidad del tratamiento, frente a la elección de alta clínica, se acompaña:</p> <p>De aumento del Total de visitas (p=0.016)</p> <p>De absentismo a las visitas (p=0.0000)</p> <p>De interconsultas (p=0.03)</p> <p>De mayor número de FR orgánico (p=0.035)</p> <p>De FRE contexto familiar peculiar (p=0.017)</p> <p>En las altas clínicas se han efectuado más tratamientos farmacológicos (p=0.05).</p>
11. Alta por interrupción/ No alta	<p>La no alta o continuidad del tratamiento, frente a la interrupción del tratamiento, se acompaña:</p> <p>De aumento del Total de visitas (p=0.009)</p> <p>Y de mayor frecuencia en ruptura de lazos afectivos (p=0.0445).</p> <p>Mientras que en la interrupción predomina el absentismo (p=0.035).</p>

EL FACTOR DE RIESGO:

Un factor de riesgo/ dos factores de riesgo:	<p>El padecer dos factores de riesgo incrementa:</p> <p>Total de visitas (p=0.03)</p> <p>Total de absentismo (p=0.04)</p> <p>y total de interconsultas (p=0.005).</p> <p>Tres FR frente a un FR, incrementa:</p> <p>Total de visitas (p=0.05)</p> <p>y total de interconsultas (p=0.02).</p> <p>Tres FR frente a dos FR, incrementa:</p> <p>Total de interconsultas (p=0.05).</p>
---	---

EL SEXO:

1. Edad	En los tramos de edad: 3-5 años, 6-8, 9-11 y 12-14 años hay más depresivos varones que mujeres, pero ocurre lo contrario entre 15-17 años (p=0.0000).
2. Población de residencia	No influye.
3. Total de visitas	No influye en el número de visitas recibidas
4. Tratamiento	<p>El sexo no influye en el tipo de tratamiento recibido, excepto en el proceso Diagnóstico.</p> <p>En los varones se realizan más exploraciones de diagnóstico psicopatológico (p=0.0083).</p>

5. Factores de riesgo:	En las mujeres destaca la ausencia de FRT ($p=0.0089$) o la presencia de uno, mientras que los varones se significan por la presencia de dos o más (destaca el trastorno mental en la familia $p=0.05$).
6. Motivo de solicitud:	En las mujeres destacan las emociones, mientras que en los varones los trastornos de aprendizaje y lenguaje ($p=0.0015$).
7. Procedencia	La derivación en la mujer es de mayor proporción sanitaria, mientras que en el varón es más social y escolar ($p=0.002$).

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN DE RESIDENCIA:	
1. Edad y sexo	No influyen.
2. Total de visitas	Cuanto mayor sea el número de habitantes, mayor es el número de visitas que recibe el paciente ($p=0.015$). Total de visitas: Entre 1-3 visitas predomina de 4-9-30.000 h. Entre 4-10 visitas predomina en > 80.000 h. Más de 10 visitas al año > 9.000-30-80 hab. (continúa el tratamiento).
3. Factores de riesgo	El tamaño poblacional no influye en el n.º total de FR, sean éstos orgánicos o del entorno. Sin embargo, el FR del entorno, trastorno mental en la familia ($p=0.0074$), se da poco en poblaciones menores de 4.000 h., con uno de estos FR ($p=0.023$) destacan los residentes en 4-9.000 h. y con dos de estos FR ($p=0.0003$), los de ciudades entre 9-30.000 h. Los residentes rurales (<4.000 h.) destacan por un FRE tipo carencias psico-socio-educativas y los de 9-30.000 h., por un FR tipo ruptura de lazos afectivos.
4. Motivo de solicitud y Procedencia	No influye la población de residencia.
5. Altas	La mayor proporción de interrupciones ($p=0.0224$) de tratamiento se produce en las poblaciones mayores de 80.000 habitantes Pruebas de diagnóstico psicopatológico: A los residentes en poblaciones superiores a 9.000 h se hacen más exploraciones ($p=0.011$). Exploraciones médicas, educativas o sociales: no significativo Psicoterapias individuales (focal, profunda.) no significativo Psicoterapia individual de apoyo no significativo Psicoterapia familiar no significativo Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar: no significativo Tratamiento psicofarmacológico no significativo

EDAD:	
1. Total de visitas	<p>La edad no influye en el n.º total de visitas</p> <p>Entre 1-3 visitas: no significativo</p> <p>Entre 4-10 visitas: no significativo</p> <p>Más de 10 visitas al año: no significativo</p>
2. Tipos de tratamiento según su especificidad:	<p>Pruebas de diagnóstico psicopatológico:</p> <p>Se hacen más entre 3-9 años y entre 15-17 (p=0.05).</p> <p>Exploraciones médicas, educativas o sociales:</p> <p>Se hacen más entre 3-5 años y entre 15-17 (p=0.0023).</p> <p>Psicoterapias individuales (focal, profunda.):</p> <p>Aumentan progresivamente con la edad (p=0.05).</p> <p>Psicoterapia individual de apoyo no significativo</p> <p>Psicoterapia familiar no significativo</p> <p>Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar: no significativo</p> <p>Tratamiento psicofarmacológico:</p> <p>Aumentan a los 15-17 (p=0.0079).</p>
3. Factores de riesgo:	<p>Casi son significativos con la edad (p=0.06).</p> <p>Entre 3-8 años predomina la existencia de 2 FR,</p> <p>Entre 9-11 años predomina la existencia de 1 FR,</p> <p>Entre 12-14 años predomina la existencia de 3 FR</p> <p>Entre 15-17 años predomina la existencia de 2 FR.</p> <p>Sin FR no destaca ningún grupo de edad.</p>

Resultados de la comparación simultánea entre los tres subgrupos depresivos:

Prescindo del grupo depresivo psicótico, por exiguo.

Sociodemográficos:

325 casos fueron visitados por primera vez en 1.997, de los que 319 eran desconocidos y 6 eran retornos. Los 319 casos: TN 40%, TP 26% y TR 34%. Los 6 retornos: TP 3 casos, TN 2 y TR 1.

Comparamos tres tipos de Depresivos: neuróticos(TN), reactivos(TR) y trastornos de la personalidad(TP).

1. **Sexo:** En mujeres predomina la depresión neurótica y reactiva, frente a la del trastorno de personalidad que es más frecuente entre los varones (p=0.0004).

2. **Edad:** El TP predomina entre los 3-5 años. El TR entre 6-8 años. El TN entre 9-11 años. En el resto de tramos de edad no destaca ninguno ($p=0.0031$).

3. **Población de Residencia:** El tamaño poblacional no influye en el diagnóstico.

Diagnóstico y tratamiento:

Comparaciones de los tres subgrupos de depresivos.

Diagnóstico de factores de riesgo:

Los Neuróticos son los que presentan ($p=0.0000$) un mayor número total de FR. Con un FR destacan TR y TN, con dos FR destacan los TN y con tres FR sobresalen los TP. Los TP son quienes tienen ($p=0.029$) más FR orgánico (y en especial, perinatales y epilepsias). Entre los TN destacan ($p=0.0018$) los FR del entorno (en especial, los trastornos mentales en la familia). El mayor número de casos con tres o más FR del entorno son los TP; con dos FR entorno, los TN; y con un FR entorno, los TR y TN. Esto nos indica que hay dos subgrupos de TP, uno con muchos FR del entorno y otro con FR orgánico.

Tratamiento:

1. Tipos de tratamiento según su intensidad anual($p=0.002$):	
Ultrabreve (1-3 visitas): predomina en TR.	
Breve (4-10 visitas): predomina en TN.	
Prolongado: predomina en TP.	
2. Tipos de tratamiento según su especificidad:	
Pruebas de diagnóstico psicopatológico	($p=0.008$) >TP y <TR
Exploraciones médicas, educativas o sociales:	($p=0.029$) >TP y <TR
Psicoterapias individuales (focal, profunda.)	($p=0.015$) >TN y <TR
Psicoterapia individual de apoyo	($p=0.009$) >TR
Psicoterapia familiar	($p=0.027$) >TP
Orientación y Psicoterapia de apoyo familiar	no significativo
Tratamiento psicofarmacológico	($p=0.019$) >TN
Interconsulta con otros equipos	no significativo
Hay que definir cada variable, pues las diferencias estriban en un mayor uso de esas variables	

3. Altas	
	Más altas en TR que en TP. ($p=0.046$)
	Clinica: >TR y <TP.
	Derivación: >TR.
	Interrupción: <TR.
4. Tipos de visita	
Preferente	no significativo.
Urgente	no significativo.

Resultados de las comparaciones dos a dos de los subgrupos depresivos: trastornos de personalidad/neurosis (tp/tn), neurosis/reactivos (tn/tr) y trastornos de personalidad/reactivos (tp/tr).

1. Diagnóstico complementario o de comorbilidad: no significativo.
2. TP/TN: FACTORES DE RIESGO: Los Trastornos de Personalidad presentan más FR orgánicos ($p=0.0004$), en especial los perinatales ($p=0.008$) y epilepsias ($p=0.033$), y, dentro de FR del entorno, presentan más de contexto familiar peculiar ($p=0.025$); mientras que los TN destacan por los trastornos mentales de la familia ($p=0.009$).

TRATAMIENTO: En ambos grupos, depresivos neuróticos o de personalidad, se realizan el mismo número de visitas totales. En los Trastornos de personalidad se realizan más visitas urgentes ($p=0.015$), más tratamiento grupal ($p=0.009$), más exploraciones médicas y socioeducativas ($p=0.011$), más psicoterapia familiar ($p=0.013$), más información y orientación familiar, y presentan menos absentismo a las visitas. En los TN realiza más psicoterapia individual ($p=0.045$) y más tratamiento farmacológico ($p=0.006$).

3. TN/TR: FACTORES DE RIESGO: Los TR presentan más enfermedades invalidantes ($p=0.03$), mientras que los TN presentan más epilepsias ($p=0.033$) y más trastorno mental en la familia ($p=0.0001$).

TRATAMIENTO: El TN recibe más número total de visitas ($p=0.0011$), más exploraciones de diagnóstico psicopatológico ($p=0.023$), más psicoterapia individual ($p=0.0009$), más apoyo individual ($p=0.016$), más apoyo familiar ($p=0.037$) y más tratamiento psicofarmacológico ($p=0.027$).

4. TP/TR: FACTORES DE RIESGO: Los TP presentan un mayor número de FR ($p=0.04$), más FR orgánico ($p=0.04$), más epilepsias ($p=0.011$), pero no destaca ningún FR entorno.

TRATAMIENTO: Los TP reciben un mayor número total de visitas ($p=0.0019$) (individuales, grupales e interconsultas). Más diagnóstico psicopatológico ($p=0.0009$), más exploraciones médicas y socioeducativas ($p=0.0019$), más apoyo e información familiar ($p=0.027$). En los depresivos reactivos, hay más apoyo individual ($p=0.0023$).

Resultados sobre los tratamientos mas empleados en primeros casos de depresivos neuróticos y reactivos que recibieron el alta dentro del año:

Estudiamos 48 casos de pacientes depresivos, 26 neuróticos y 22 reactivos, que consultaron por primera vez en 1.997 y que ese mismo año se les dio el alta clínica, con el fin de conocer las diferentes combinaciones terapéuticas empleadas. No estudiamos las depresiones en trastornos de personalidad o en psicosis, debido al bajo número de altas clínicas que pueden efectuarse durante el período de un año.

Tratamiento en depresión reactiva

Intensidad del tratamiento

El número de sesiones más habitual en los depresivos reactivos que se les da alta clínica en un año, es de 1-3 sesiones.

Especificidad del tratamiento:

2.1. Tratamientos simples:

La mayor proporción de tratamientos en depresiones reactivas es:

Apoyo familiar	(20%)
Psicoterapia individual focal	(18%)
Psicoterapia familiar	(14%)
Apoyo individual	(11%)

Así, las psicoterapias individuales se emplean en un 29% de los casos y las familiares en un 34%.

2.2. Tratamientos combinados:

Porcentaje de casos totales en los que se aplican cada uno de los tratamientos:

Apoyo familiar	(41% del total)
Apoyo individual	(32%)
Psicoterapia individual focal	(27% del total)
Farmacológico	(9% del total)
Pruebas de exploración diagnóstica (PED)	(1%)

2.2.1. Apoyo familiar + Apoyo individual, se aplican en el 16%.

2.2.2. El tratamiento Farmacológico se combina
con Apoyo familiar en un 4.5%
y con Apoyo individual en 4.5%
(total de farmacológico en un 9% de los casos).

2.2.3. Apoyo familiar + Psicoterapia individual, en un 4.5%
Psicoterapia individual + valoraciones médico-socio- educativas en el 4.5%

Conclusión: predominan los tratamientos simples (63%), o las formas combinadas sencillas, frente a los tratamientos que veremos se realizan en los depresivos neuróticos de un año de tratamiento, en que predominan las formas combinadas complejas, que son tratamientos compuestos sobre la base común más sencilla y observada en la terapéutica de los reactivos. Parece haber un trastorno depresivo reactivo que se soluciona con intervención monoterapéutica, que debe escogerse en función de como se presenta el conflicto (polarizado en el niño o en la familia y entorno), y otro trastorno reactivo que requiere intervención más intensa: en niño (incluso con fármacos) y en entorno familiar, escolar o médico (recordar que algunas depresiones son reactivas a enfermedades orgánicas del niño).

Tratamiento en depresión neurótica

Intensidad del tratamiento

El número de sesiones más habitual en los depresivos neuróticos que se les da alta clínica en un año, es de 5-10 sesiones. Se trata pues de neurosis depresivas ligeras o moderadas, no graves.

Especificidad del tratamiento:

2.1. Tratamientos simples:

No se realizan prácticamente intervenciones de un sólo tipo.

2.2. Tratamientos combinados:

Porcentaje de casos totales en los que se aplican cada uno de los tratamientos:

Apoyo familiar	(69% del total)
Psicoterapia individual focal	(54% del total)
Apoyo individual	(31%)
Pruebas de exploración diagnóstica (PED)	(27%)
Farmacológico	(15% del total)

2.2.1. Apoyo familiar (69% del total) + Psicoterapia individual focal (54% del total), se aplican en el 63% de los casos, es el tratamiento combinado base, que a su vez puede desarrollarse del modo siguiente:

La psicoterapia individual se asocia:

con las pruebas de exploración diagnóstica (PED)(27%)	21%
con las valoraciones médico-socio-educativas (11%)	16%
El apoyo familiar + con tratamiento farmacológico	10%

2.2.1.1. El tratamiento Farmacológico (15% del total) se combina:

con Apoyo familiar en un	10% de los casos.
con Farmacológico + Apoyo familiar + Psicoterapia individual focal.	9% de los casos.

2.2.2. Apoyo familiar + Apoyo individual (31%), en un 16%. El Al se asocia con PED en un 10%

Conclusión: Predominio claro de tratamientos combinados, frente a los simples en depresivos reactivos. Diferenciamos dos tipos de tratamientos combinados en los depresivos neuróticos: uno que tiene como base Apoyo familiar más Psicoterapia individual focal, que suele complementarse en la vertiente diagnóstica, con el uso de pruebas psicológicas y en la vertiente terapéutica, con el uso de psicofármacos.

El segundo estilo asistencial con los neuróticos depresivos, combina Apoyo familiar con Apoyo individual, más PED.

Probablemente el primer estilo de tratamiento se corresponde con trastornos neuróticos en que el síndrome depresivo es más grave, optándose por una intervención diagnóstico-terapéutica más activa y amplia, mientras que en el segundo estilo el trastorno parece superarse con intervenciones de acogida y acompañamiento (holding).

RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN ENTRE DEPRESIVOS Y CONDUCTUALES:

Sociodemográficos:

Depresivos (n=320) y Conductuales (n=313).

Sexo: Más proporción de varones entre los conductuales y más mujeres entre los depresivos ($p=0.0104$).

Edad: No significativo.

Población de residencia: no significativo

Diagnóstico:

Motivo de solicitud: no significativo

Diagnósticos complementarios: no significativo

Factores de riesgo:

Los depresivos presentan más factores de riesgo en total que los conductuales ($p=0.0013$); entre los FRO ($p=0.006$) destacan las epilepsias ($p=0.01$) y factores prenatales ($p=0.007$), y entre los FRE ($p=0.02$) destacan, la enfermedad mental en la familia ($p=0.003$) y la ruptura de lazos afectivos ($p=0.017$).

Entre los conductuales predomina el padecer un FR, mientras que entre los depresivos predominan dos FR. Con tres FR no se diferencian unos de otros.

Tratamiento:

El número total de visitas es semejante.

El número total de altas es semejante; aunque los depresivos presentan más interrupciones al tratamiento.

Presentan diferencias significativas únicamente en los siguientes tipos de terapéutica: los depresivos reciben más tratamiento farmacológico ($p=0.0010$), más psicoterapia individual

($p=0.04$) y más psicoterapia familiar ($p=0.0003$). Afinando más, encontramos que en los Conductuales se realizan más valoraciones médico-socio-educativas y más orientaciones familiares, mientras que en los depresivos se efectúan más interconsultas.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA SOBRE LOS CASOS DADOS DE ALTA:

Examinamos una muestra representativa del total de altas realizadas dos años antes, en los pacientes diagnosticados de depresión, mediante una encuesta telefónica, que detallamos a continuación, con el fin de conocer el estado actual de salud del paciente, y así evaluar indirectamente el grado de eficacia y de eficiencia terapéutica, en tanto que previamente ya estudiamos los tratamientos realizados.

ESTUDIO CATAMNÉSICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEPRESIVOS

MÉTODO DE ENCUESTA TELEFÓNICA:

Nombre:	
Número de historia:	
Teléfono:	
1. Señalar quién es el informante.	
2. Estado actual del que fue nuestro paciente:	
<input type="checkbox"/>	Remisión completa de síntomas
<input type="checkbox"/>	Remisión parcial
<input type="checkbox"/>	No remisión / Recurrencia / Recaída (procurar concretar los síntomas, si es que se dan, para ver si tenían que ver con el síndrome por el que se consultó) ¿Recibe actualmente tratamiento? (contestar según 3.1, 3.2, 3.3)
3. Durante el tiempo de alta (18-24 meses), ¿recibió algún tratamiento?	
<input type="checkbox"/>	3.1. Farmacológico
<input type="checkbox"/>	3.2. Psicoterápico
<input type="checkbox"/>	3.3. Psicopedagógico
<input type="checkbox"/>	¿Qué le pasaba?
<input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo?
<input type="checkbox"/>	¿Dónde (privado/público)?

4. ¿Cómo considera que fueron atendidos?	
	Muy bien Bastante bien Ligeramente bien o Ligeramente mal Bastante mal Muy mal. Si se produce espontáneamente, registrar la opinión.
5. Si se ha producido alta por interrupción de tratamiento, preguntar MOTIVO	
	Algunas posibles respuestas: Dificultad de desplazamiento Desacuerdo o desagrado con el tratamiento iniciado (cambio de terapeuta, fueron a otro servicio...) Mejoría Acontecimientos vitales de la familia No obtención de un informe

Escogemos de forma representativa 39 altas, sobre el total de altas efectuadas en 1997, correspondientes a casos que consultaron por primera vez en 1.997. El total de altas son el 26% de todos los casos nuevos, que eran 325 (22% clínica, n=71, y 4% interrupción, n=14); Las 39 altas estudiadas son representativas en exceso de las 85 altas efectuadas (representativas por diagnóstico, población y tipo de alta).

Esta encuesta telefónica se efectúa 18-24 meses después de que el paciente recibe o toma el alta.

COMENTARIOS DE LOS RESULTADOS: De los 39 casos encuestados telefónicamente, tan sólo se pudo contactar con 24, debido fundamentalmente a que no tenían teléfono, o porque el número se cambió o éste era restringido.

RESPUESTA A LA ENCUESTA

Respondedores a la encuesta:

Madre	15
Paciente	5
Padre	2
Abuela	2

Las madres siguen siendo el interlocutor principal, además de los pacientes, que 4-5 de ellos eran mayores de edad.

Evaluación de la atención recibida

Muy buena	11
Bastante buena	12
Ligeramente buena	1

Las interrupciones no tienen relación con sentirse mal atendidos. Sin embargo hay un caso que buscó tratamiento privado tras abandonar el CSMIJ, sin llegar a expresar la atención recibida dentro de la gama de 'mala atención'.

MOMENTO DEL ALTA

Del estudio de la historia clínica de los 24 casos que respondieron, extraemos los siguientes datos:

Diagnóstico representativo del total de altas

Depresión neurótica	11
Depresión reactiva	9
Depresión en trastorno de la personalidad	3
Psicosis depresiva	1

Tipo de alta recibida

Alta clínica	16
Interrupción	8

La proporción de altas por interrupción, en la muestra resultante de 24 casos, es mayor de lo representativo de altas totales, lo que sesga las altas hacia las de interrupción; sin embargo resulta de interés, pues es el subgrupo de altas más inquietante respecto del curso y evolución clínica.

De las 8 altas por interrupción, 6 casos abandonaron el tratamiento por haber mejorado suficientemente, mientras que 2 de ellos, ahora mayores de edad, no mejoraron, uno sigue tratamiento en el CSM de adultos y otro no quiere tratarse. De aquí concluimos que, si bien la mayor parte de interrupciones de tratamiento son por mejoría clínica, y suele coincidir con el

anuncio del alta por parte del terapeuta, sin embargo hay un 10-20% de casos que no mejoran, tratándose de trastornos graves que necesitan continuidad asistencial, de forma que diseñar un sistema de recaptación del caso, que incluye la articulación entre CSMIJ y CSM de adultos es fundamental.

MOMENTO ACTUAL

Evaluación del estado clínico actual (18-24 meses después del alta)

Remisión completa	17
Remisión parcial	5
No remisión	1
Recaída	1

Los dos casos que presentan un trastorno mental completo actual, se corresponden con dos mayores de edad, uno que sigue tratamiento en CSM adultos y otro que no quiere tratarse.

La remisión parcial actual está posiblemente sobrevalorada, pues se han inscrito en este capítulo, observaciones de la madre del tipo, "igual, igual que su hermano no se encuentra", aunque no consideraban tener motivos suficientes para consultar. Pero al mismo tiempo hay un caso que recibió tratamiento desde el alta clínica, por estar poco satisfecho, buscando uno privado.

Recibieron tratamiento después del alta.

No recibieron	22
Sí recibieron	2 (1 recibió tratamiento farmacológico y psicoterápico privado y mejoró, se encuentra actualmente en remisión parcial; a otro caso se le recomendó acudir al psicólogo escolar, pensamos que se trata de un problema psicopedagógico).

Reciben tratamiento en la actualidad.

No reciben 23

Sí reciben 1 (farmacológico y psicoterápico)

Al menos otro caso debería seguir tratamiento en CSM de adultos, por presentar trastorno actual. Hay duda sobre 3-5 casos en que el encuestado juzga remisión parcial, pero sin necesidad de consultar.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS SOBRE LOS RESULTADOS

Incidencia clínica anual de los diferentes tipos de depresión.

1. La incidencia clínica anual de las depresiones es del 23% de todos los casos nuevos que acuden a los siete dispensarios del CSMIJ de la provincia de Tarragona, durante el año 1997.

1.2. La distribución de los subtipos diagnósticos incluidos en Depresión, es: Depresión psicótica (DP) 1%, depresión en trastornos de la personalidad(DTP) 28%, depresión neurótica(DN) 39% y depresión reactiva(DR) 32%.

Perfil sociodemográfico: Edad, sexo, tamaño poblacional.

2. Teniendo en cuenta todas las tipologías de depresión y todos los tramos de edad (conjuntamente de 0 a 17 años), no hay diferencias en la incidencia clínica de la depresión entre varones y mujeres. Sin embargo, la depresión afecta especialmente a mujeres de 15-17 años y a varones menores de 14 años, los cuáles presentan más Factores de Riesgo del entorno (FRE) (en especial, 'enfermedad mental comprobada en la familia').

Aquí ya se apunta en la adolescencia, lo que ocurrirá entre las mujeres adultas, esto es, una mayor prevalencia de las

depresiones (reactivas, neuróticas o de personalidad). La depresión en el varón, sobre todo la depresión ligada al trastorno de personalidad se presenta particularmente en edades tempranas y en relación a disarmonías evolutivas y depresiones anaclíticas (posiblemente por esto, el factor de riesgo 'enfermedad mental comprobada en la familia' está significativamente más presente entre ellos).

3. Las depresiones en trastornos de la personalidad (tipo disarmonía evolutiva) predomina a los 3-5 años y en varones, las depresiones neuróticas nos consultan a los 6-8 años y las reactivas a los 9-11 años, en que las mujeres son mayoritarias. En la edad postpuberal, no encontramos diferencias de frecuencia entre los diferentes diagnósticos de depresión. Sin embargo, en la etapa prepuberal, las depresiones se distribuyen de manera diferente, mostrándose las organizaciones psíquicas menos evolucionadas en las edades inferiores (3-5 años), y las más evolucionadas en las superiores (9-11 años), a modo de un continuum, que va desde el trastorno de personalidad, hasta el reactivo, y pasando por la neurosis, como si la probabilidad de que se presente un tipo u otro de depresión, especialmente en la etapa prepuberal, dependiera del grado de maduración evolutiva del psiquismo.

4. El motivo de consulta en el varón es por comportamiento y en las mujeres por las emociones. El tipo de tratamiento es igual por sexos, a pesar que los varones presentan más FR tipo Trastorno mental comprobado en la familia.

Hemos de subrayar que, la mayor parte de los trastornos depresivos en nuestra muestra, presentan como queja o motivo de consulta, el trastorno de comportamiento, siendo especialmente significativo entre los varones; estos resultados son concordantes con el modo adulto de presentarse la depresión, esto es, más típica en la mujer y más complicada con trastornos del comportamiento (Trastornos de personalidad, adicciones, alcoholismo...) en el varón.

5. Los diferentes trastornos depresivos, se muestran en proporciones semejantes en las diferentes poblaciones, sean éstas más rurales o más urbanas. Al mismo tiempo, presentan un número semejante de FR, es decir, la cantidad de FR es la misma. Sin embargo, cualitativamente, hay diferencias, pues entre los depresivos de poblaciones semiurbanas de 9-30.000 ha., el FRE 'ruptura de lazos afectivos', destaca, ¿es que hay más ruptura de lazos afectivos en estas poblaciones? Algo semejante parece ocurrir en poblaciones rurales de menos de 4.000 ha., en que hay mayor presencia en depresivos de 'carencias psico-socio-educativas', en detrimento de 'TM comprobado en la familia'.

De priorizar un programa de detección-atención precoz de la depresión infanto-juvenil, en Áreas Básicas de Salud, con- vendría estudiar por qué en las de poblaciones de 9-30.000 h., se detectan y derivan más depresivos con el FR 'rupturas de lazos afectivos'. Con los médicos de cabecera rurales, sería de interés centrar el estudio en el porqué de la mayor derivación de niños depresivos con el FR 'carencias psico-socio-educativas', y la menor derivación de niños con el FR 'TM comprobado en la familia' ¿Podría ser porque el derivante principal en población rural es el médico de familia y no el pediatra? ¿Aca- so este fenómeno conllevaría un trabajo conjunto del cabece- ra con los Servicios sociales del Consejo comarcal?, etc.

Perfil diagnóstico: motivo de consulta, diagnóstico clínico principal y complementario, factores de riesgo

6. Sobresale en depresivos una alta presentación de facto- res de riesgo, que alcanza al 80% de los casos. Podríamos decir que la depresión es un trastorno cuya probabilidad de aparición, está más influida por la presencia de FR, que la media de los trastornos psíquicos que nos consultan, es decir, que si fuera posible reducir o paliar la presencia de FR, se reduciría la incidencia de depresión.

Observamos que hay una asociación positiva entre número de FR y gravedad psicopatológica. También es de interés destacar, como punto de partida de una posible investigación sobre etiopatogenia de la depresión en trastornos de la personalidad, la presencia de dos tipos de FR: Un FRO de tipo 'perinatal' o bien de tipo 'convulsivo', de una parte; más un FRE, 'contexto familiar peculiar', de otra.

Una investigación sobre la etiopatogenia de la depresión, debería profundizar sobre cada uno de estos FR, en relación a los subtipos clínicos de depresión, y estudiar si los agrupamientos de FR determinan subgrupos de pacientes que dentro de un mismo subtipo clínico se diferencien por presentar distinta vulnerabilidad personal o diferente proporción de factores de protección.

6.1. En la etiopatogenia de la depresión ha de considerarse que, a más FR mayor gravedad diagnóstica, y que algunos FR constituyen un perfil de riesgo diferencial asociado a cierto tipo de depresión: así, la depresión en TP, se asocia con FRO 'perinatales' y 'convulsivos', más un FR de entorno 'contexto familiar peculiar'; podríamos pensar que un niño que padece un trastorno orgánico precoz, si convive en un contexto familiar peculiar, es más fácil que sufra una depresión con un trastorno de personalidad.

La depresión neurótica se da con más frecuencia en un niño que padece más de un FRE, entre los cuáles se encuentra la presencia de 'un trastorno mental comprobado en la familia'. También aumenta la probabilidad de padecer una DN, la presencia de un FRO tipo 'convulsiones'.

La depresión reactiva, está lógicamente asociada a múltiples FR, pero curiosamente, diagnosticamos con más frecuencia DR, cuando detectamos el FRO 'enfermedad invalidante'.

La presencia de dos tipos de FR, orgánico y del entorno, favorece la presencia de DTP. La presencia de FRE o de FRO

por separado, favorece la DN. La presencia de un sólo FR, aunque sea orgánico, favorece la depresión reactiva.

Perfiles terapéuticos: Intensidad, especificidad según tipo de depresión, factores influyentes en las altas clínicas y en las interrupciones del tratamiento.

7. Se emplean tres intensidades de tratamiento.

Ultrabreve (1-3 visitas/año), de elección en depresiones reactivas. Breve (4-10 visitas/año), de elección en depresiones neuróticas y el prolongado a más de 10 sesiones año, que significativamente se emplea en depresiones de personalidad. Ni la edad ni el sexo influyen en el número de visitas.

8. La especificidad del tratamiento.

8.1. Tratamiento en depresiones reactivas.

En un 63% de los pacientes con depresión reactiva, se emplean tratamientos simples de monoterapia, frente al 37% en que se utilizan tratamientos combinados.

Los tratamientos simples o de monoterapia, son psicoterapias familiares de tipo Apoyo (20%) o Focal (14%); o son Psicoterapias individuales, también de tipo de Apoyo (11%) o Focal (18%).

Los tratamientos combinados son:

- Psicoterapia de Apoyo familiar + Apoyo individual, se aplican en el 16%.
- El tratamiento Farmacológico se combina con psicoterapia de Apoyo familiar en un 4.5% y con Apoyo individual en otro 4.5% (total de farmacológico en un 9% de los casos).
- Psicoterapia de Apoyo familiar + Psicoterapia individual focal, en un 4.5%; la psicoterapia individual focal también se combina con las valoraciones médico-socio-educativas en el 4.5% de los casos.

Los tratamientos predominantes son: la psicoterapia de apoyo o focal, familiar o individual, en monoterapia o combinadas entre sí, o combinadas con fármacos. Es decir, predomina un tratamiento de acompañamiento para dar apoyo y/o facilitar la comprensión y elaboración de la situación personal y familiar.

8.2. Tratamiento en depresión neurótica.

Tratamientos simples o en monoterapia: No se realizan prácticamente intervenciones de un sólo tipo.

Tratamientos combinados:

- Psicoterapia de Apoyo familiar + Psicoterapia individual focal, se aplican en el 63% de los casos, es el tratamiento combinado base, que a su vez lo encontramos combinado con: pruebas de exploración diagnóstica (PED) y valoraciones médico-socio-educativas.
- Psicoterapia de Apoyo familiar + Psicoterapia individual focal + Farmacológico, en el 9% de los casos.
- Psicoterapia de apoyo individual con PED en un 10%.
- Psicoterapia de Apoyo familiar + Apoyo individual, en un 16%.

Vemos cómo los tratamientos más utilizados en la depresión neurótica, son los menos frecuentes en la depresión reactiva y viceversa. La base del tratamiento en depresión neurótica es Psicoterapia de Apoyo familiar + Psicoterapia individual focal.

8.3. Las depresiones de personalidad utilizan más valoraciones médico-socio-educativas, pruebas diagnósticas y psicoterapia familiar y grupal, que el depresivo neurótico; es decir, se da un mayor uso de exploraciones y tratamientos psicoterápicos grupales y familiares.

Perfil de uso del tratamiento psicofarmacológico entre depresivos.

9. El tratamiento psicofarmacológico en depresivos.

Se da preferentemente a chicos y chicas de 15-17 años, que no están en tratamientos ultrabreves (1-3 visitas/año), y cuyo diagnóstico más frecuente es el de neurosis depresiva; los depresivos reactivos o con trastorno de personalidad reciben menos fármacos. El uso de antidepresivos parece que lo usamos cuando el cuadro clínico es claramente un episodio depresivo, sea éste leve, moderado, grave, recurrente o distímico.

Altas clínicas e interrupción de tratamiento.

10. Interrupción del tratamiento en el grupo conjunto de depresivos.

Se da el alta sólo al 26% de los primeros casos durante el año (22% clínica y 4% interrupción).

El sexo no influye, en que el alta sea clínica o por interrupción.

Edad: a los 15-17 años se dan más interrupciones. El adolescente interrumpe más el tratamiento.

Población: Los residentes en las ciudades (>80.000 h.), interrumpen más.

Las interrupciones predominan en las primeras visitas.

La interrupción final correlaciona con mayor número de absentismo a las visitas.

Los depresivos neuróticos son los que producen más interrupciones y los reactivos los que menos.

La presencia de dos FR del tipo 'contexto familiar peculiar' incrementa las interrupciones, y también la presencia de 'factores perinatales'.

Las interrupciones disminuyen tanto si no se realiza ninguna valoración médico-socio-educativa, como si se realizan tres, pero aumentan si se hace un sólo tipo de valoración.

Las interrupciones aumentan cuando se realizan combinadamente orientación-información a la familia y psicoterapia de apoyo familiar; la presencia de ambas debe alertarnos sobre una posible ausencia de proyecto terapéutico. Sin embargo, realizar información y orientación familiar incrementa el alta clínica. No efectuar este tipo de tratamiento aumenta la continuidad.

Los pacientes que interrumpen el tratamiento frente a los que lo continúan, se caracterizan por: Mayor absentismo a las visitas, menor número de visitas totales y menor factor de riesgo tipo 'ruptura de lazos afectivos'.

10.1. ¿Qué aumenta las altas clínicas de los pacientes depresivos reactivos?

- Que la demanda de tratamiento enuncie un problema emocional y no del comportamiento (interrumpen más) o de expresión somática (se prolonga más).
- Que la edad del paciente sea de 15-17 años, aunque hay la misma probabilidad de que se produzca interrupción.
- Que no haya un FR del tipo 'malos tratos', el único que produciendo un trastorno depresivo reactivo incrementa el alta por interrupción.
- Que no sea necesario el trabajo de coordinación interdisciplinario.

10.2. ¿Qué aumenta las altas clínicas de los pacientes neuróticos depresivos?

- Que el tratamiento pueda ser breve (4-10 visitas /año), pero no ultrabreve.
- Que no haya FR orgánico de tipo 'alteraciones perinatales' o 'convulsiones y epilepsias'. Tampoco estén presentes FR del entorno tipo 'contexto familiar peculiar'.

- Que no sea necesario el trabajo de coordinación interdisciplinario.
- Que la indicación más adecuada sea: 1º) psicoterapia individual y orientación familiar. 2º) apoyo individual, orientación familiar y psicofármacos.

10.3. No encontramos ningún factor predictivo de alta clínica o de interrupción en las depresiones de trastorno de personalidad, seguramente porque esos factores habrán de aparecer al estudiar estos casos en períodos superiores al año, puesto que aquéllos que reciben el alta dentro del mismo año y que a su vez tienen tratamientos intensos, son muy pocos.

En el conjunto de casos (Depresivos neuróticos, reactivos y de personalidad), el alta clínica frente a la continuidad del tratamiento, se relaciona con el uso de psicofármacos.

Estos resultados suscitan otras investigaciones.

Para evaluar el estado actual de pacientes depresivos, que realizaron su primera visita y el alta en el mismo año 1997, una vez transcurridos 18-24 meses del alta, nos propusimos realizar una encuesta telefónica.

Comentario a los resultados de la encuesta catamnésica:

Evaluación de las altas 18-24 meses después.

1. Los pacientes depresivos dados de alta clínica, se corresponden mayoritariamente con un mantenimiento actual de la remisión clínica.

2. Los pacientes que interrumpieron el tratamiento, se dividen en:

- Un grupo mayoritario, que evoluciona bien, de manera semejante a quienes reciben alta clínica; suelen ser pacientes que se van de alta cuando el terapeuta anuncia su intención de dársela.

- El otro grupo, a pesar de ser muy minoritario, pues lo constituye únicamente dos casos, es importante en tanto que son TMG (en función de diagnóstico, evolución y factores de riesgo), cuestionando nuestro trabajo de continuidad asistencial, pues si bien uno de los casos solicitó tratamiento en CSM de adultos, el otro se niega a tratarse.

Por tanto, dentro del grupo de depresivos han de preocuparnos puntualmente los abandonos de tratamiento en casos de TMG, debiéndose estudiar más a fondo y a largo plazo la evolución de todos los casos, especialmente los que refieren remisión parcial, dos años después del alta.

BIBLIOGRAFÍA

(1) CANALS J., DOMÈNECH E., CARBAJO G., BLADÉ J. 'Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds'. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96: 287-294.

(2) ARMSTRONG KL; O'DONNELL H; MCCALLUM R; DADDS M 'CHILDHOOD sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/depression. *J Paediatr Child Health*, 1998 Jun, 34:3, 263-6

(3) BOYLE MH; PICKLES AR 'Influence of maternal depressive symptoms on ratings of childhood behavior'. *J Abnorm Child Psychol*, 1997 Oct, 25:5, 399-412

(4) SAWYER MG; STREINER DL; BAGHURST P 'The influence of distress on mothers' and fathers' reports of childhood emotional and behavioral problems'. *J Abnorm Child Psychol*, 1998 Dec, 26:6, 407-14

(5) VEIJOLA J; PUUKKA P; LEHTINEN V; MORING J; LINDHOLM T; VÄISÄNEN E 'Sex differences in the association between childhood experiences and adult depression. *Psychol Med*, 1998 Jan, 28:1, 21-7

(6) BUIST A 'Childhood abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. *Aust N Z J Psychiatry*, 1998 Jun, 32:3, 370-8

(7) COHEN P; PINE DS; MUST A; KASEN S; BROOK J 'Prospective associations between somatic illness and mental illness from childhood to adulthood'. *Am J Epidemiol*, 1998 Feb, 147:3, 232-9