

PERFIL DE LOS CASOS REFERIDOS POR DEPRESIÓN A LA CLÍNICA DE ADOLESCENTES.

MPsc, Eyda María Camacho Cantillano¹
Dra. Mayra Carmona Suárez²
MPsc María Gabriela León Rojas.³

Resumen

El estudio de las referencias por depresión recibidas en la Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, junio del 2002 y mayo del 2003 y la revisión de los expedientes de los casos, permitió identificar las principales características socio-demográficas de este grupo y los elementos coadyuvantes en las crisis. La revisión de las referencias y el diagnóstico confirmado, evidencian que el 54% de los casos eran depresiones leves o sin depresión y no ameritaban ser referidos al tercer nivel. Se comprobó solo 4 casos con riesgo suicida de los 14 casos referidos. Se recomienda capacitar y dotar de instrumentos a los EBAIS y médicos que dan atención prenatal y de urgencias, para que puedan discriminar los casos que ameritan ser referidos. De esta manera se descongestionan el servicio y se puede dar una atención oportuna a los casos que si lo ameriten.

Abstract

The study of the depression references, given to The Clinic of Adolescence of the Psychiatry Service of the Rafael Ángel Calderón Guardia Hospital, in June of 2002 to may of 2003, and the expedient revision, allowed us to find the main, socio-demographic features of this group, and the crisis assistant elements. The review of the references and the confirmed diagnosis, present the

evidence that 54% of the cases were mild depression or even no depression at all, and were not enough to be referred to the third level. Suicidal risk was proved only on 4 of the 14 referred cases. It is recommended to bestow capacity and tools to the EBAIS and physicians who work on prenatal attention and urgency to be able, to discriminate those case reliable to be referred. In this way, the service would be hastened, and a proper attention can be given to the cases.

Introducción

A raíz de la separación de la Clínica Central (II nivel) del Hospital Calderón Guardia en el año 2002, se definen los problemas que van a ser atendidos por cada nivel de atención, que tienen como responsabilidad a la población adolescente. A la Clínica del Adolescente del Servicio de Psiquiatría del HCG, le compete atender entre otros, los casos de adolescentes deprimidos y con ideación suicida.

Por otra parte, en el 2001 se diseñó un instrumento de tamizaje, que a partir del 2002 se empieza a aplicar a todos(as) las adolescentes del país. Dentro de sus ítems explora la presencia de indicadores de depresión e ideación suicida. Al incorporar este instrumento se incrementa el número de casos diagnosticados por depresión y las referencias al tercer nivel; sin embargo, la práctica dentro de la clínica permite deducir que muchas de las referencias no son justificadas. Esta observación se convierte en el motivo principal para realizar el estudio. La sistematización de los datos cobra especial relevancia, puesto que a partir de la información generada, se puede crear directrices para hacer más eficiente la referencia y solución de los casos.

Interesa precisar las características socio-demográficas de este grupo, los principales elementos que participan en su definición, la gravedad del problema y la confirmación diagnóstica entre otros aspectos.

El documento se organiza de la siguiente manera: En primer término, se incluye la formulación del problema, los objetivos e interrogantes. En segundo lugar, los elementos teóricos y conceptuales importantes para el estudio. Después el diseño metodológico. En cuarto lugar la descripción y análisis de resultados. Por último las conclusiones y recomendaciones.

1. Antecedentes

1.1 Antecedentes Internacionales

Es importante señalar que en las fuentes bibliográficas y de Internet utilizadas, únicamente se encuentra información sobre una encuesta del “National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion”. Como hallazgos están los siguientes comportamientos de riesgo: Daños intencionales como intentos de suicidio o comportamientos violentos. Daños no intencionales como la participación en actividades de riesgo extremos. Uso de tabaco, alcohol y drogas. Comportamientos sexuales, que conlleva a embarazo no deseado y en transmisión de enfermedades. Comportamientos relacionados con la alimentación. Actividades físicas inadecuadas (2001).

1.2 Antecedentes Nacionales

Molina D. V. y Donas S. y Rocabado F., realizan un estudio acerca de conductas de riesgo en adolescentes, con

una población de 12 a 19 años, escolarizada y no escolarizada. Aborda dos puntos focales: La sexualidad y la salud sexual y reproductiva por un lado y por el otro el consumo de sustancias ilegales. Como hallazgos importantes están: Conductas de riesgo como los intentos de suicidio, aunque son más bajas que en otros países, tiene una alta incidencia. En hombres se encuentra una mayor tendencia a portar armas y al enfrentamiento físico; en las mujeres, mayor una mayor tendencia a la depresión, pensamientos e intentos suicidas e imagen corporal (1999).

El Centro Nacional para el desarrollo de la mujer y la familia (1997) desarrolla un estudio “Embarazo y Maternidad Adolescente en Costa Rica”, “Maternidad y Paternidad: Las dos caras del embarazo adolescente” (1998). Concluyen que el embarazo y la maternidad adolescente son un importante obstáculo, para el desarrollo de las(os) adolescentes, primordialmente para la mujer, debido a los mandatos patriarcales al respecto. Se identifican los siguientes riesgos: sostenimiento de relaciones sexuales coitales desde edades tempranas, ruralidad unida a la baja escolaridad y deserción escolar; exposición a la VIF y abuso sexual. Otro de los elementos evidenciados es la escasa utilización de anticonceptivos y la migración por razones de trabajo.

Existen 3 estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las y los adolescentes:

Rodríguez, J., Garita, C., Sequeira, M. y Díaz, M. “Sexualidad adolescente: Un estudio sobre sus conocimientos actitudes y prácticas. Zona rural Guatuso” (1999a). Zona rural portuaria Golfito (1999b). La investigación gira

alrededor de los patrones de socialización de la población adolescente en lo relativo a salud sexual y reproductiva y maternidad; percepciones de los servicios de salud y acceso a los mismos. Garita, C. "La construcción de las masculinidades" (2001), concluye que los adolescentes varones asumen conductas de riesgo, para demostrar su masculinidad. Los tres estudios citados develan que la condición de género explica las diferencias en mujeres y varones adolescentes, en torno a la sexualidad y reproducción y a las conductas de riesgo.

Valverde, O. et al, en su estudio "Adolescencia. Protección y riesgo en Costa Rica. Múltiples Aristas, una tarea de todos y todas". Llegan a la conclusión de que los jóvenes son los que se exponen a mayores conductas de riesgo: deserción y expulsión escolar, bajo rendimiento escolar, ingreso temprano a actividades laborales, consumo regular y sostenido de tabaco, alcohol y otras drogas, peleas y situaciones violentas, problemas con la ley y conducción irresponsable de vehículos. En las mujeres, los principales riesgos son: tendencia a una vida sedentaria, menor control a tener relaciones sexuales sin protección, sentimientos de insatisfacción con su imagen corporal, deseos e intentos de acabar con la vida y hacerse daño, escasa participación en grupos (2001).

1.3 Estado del arte del problema

En las fuentes consultadas a nivel nacional, no existen referencias de estudios específicos del depresión en adolescentes. En el ámbito internacional solo se accede al estudio de conductas de riesgo.

2. Problema, propósito y objetivos

2.1 Problema de investigación es el siguiente:

¿Cuál es el perfil de los (as) adolescentes referidos por depresión e ideación suicida, a la Clínica de Adolescentes, del Servicio de Psiquiatría, del HCG, durante el periodo de junio 2002 a mayo del 2003?

2.2 Propósito

Brindar al Servicio de Psiquiatría de información que facilite la toma de decisiones.

Derivar los resultados a las unidades que refieren

2.3 General

Describir las características de las referencias y de los casos referidos a la Clínica de Adolescentes del HCG por depresión e ideación suicida.

2.4 Específicos

2.4.1 Describir las características socio-demográficas del grupo en estudio.

2.4.2 Identificar los elementos coadyuvantes a la aparición de la crisis depresiva.

2.4.3 Caracterizar la gravedad del problema desde el punto de vista de la incidencia y de las referencias.

2.4.4 Identificar la calidad de las referencias por centros de atención y área desde donde se refiere.

2.4.5 Proponer criterios para mejorar la calidad de las referencias.

3. Elementos Teórico Conceptuales

La depresión está considerada como un serio problema de la Salud Pública, debido a la alta incidencia y prevalencia, a la gravedad y a las consecuencias de sus manifestaciones, que incluso cobra muchas vidas (OMS).

La comprensión de las enfermedades o trastornos mentales, específicamente la depresión, exige precisar teórico conceptualmente esta categoría de análisis.

La depresión es un trastorno que involucra aspectos de orden genofenotípicos e ideológicos, los cuales se estructuran en la historia psico-social de las personas que la padecen. Es decir, afecta a las personas que la padecen en todas sus dimensiones y escenarios: física, neuroquímica, psicológica, familiar y socialmente.

En tal sentido, tiene una compleja estructuración en la que median aspectos de orden genético, formas de respuesta al medio ambiente familiar y social, en donde es posible identificar distintos elementos coadyuvantes.

Este trastorno se caracteriza por la presencia de sentimientos de tristeza, desesperanza, minusvaloración, pérdida de interés que conlleva a una disminución del ritmo habitual de actividades en todos los órdenes, produciendo un importante malestar emocional. En el caso de los(as) adolescentes, la depresión se manifiesta además de los aspectos señalados en: Trastornos del sueño y de la alimentación, irritabilidad, problemas académicos y en la interacción con pares, ideas y actos suicidas, entre otros

El número e intensidad de los síntomas está en dependencia de la gravedad de los episodios (Camacho C. y otras, 2001).

Es importante destacar que la edad de aparición está bajando notablemente en las nuevas generaciones (DSM-IV, Pág, 348). Esto puede deberse al aumento de estresores y a las mejoras en los procedimientos diagnósticos, que permiten un mejor acercamiento a la dimensión del problema

A partir de lo expuesto, se deduce el supuesto teórico metodológico de que la depresión es un serio problema de salud pública y que se detecta cada vez más frecuentemente en los grupos poblacionales más jóvenes.

El acercamiento al “Perfil de los Casos Referidos por Depresión a la Clínica de Adolescentes, adscrita al Servicio de Psiquiatría del Hospital Calderón Guardia”, exige en primer término, la caracterización sociodemográfica de este grupo. Para ello es importante tomar en cuenta “la calidad de los datos disponibles, toda vez que se trata de un estudio a partir de fuentes secundarias, como es el caso de los datos de las referencias y los registrados en los expedientes clínicos. En este sentido, las características rescatables del grupo son: la edad, sexo, la ocupación, el estado civil y la condición de la convivencia, que se constituyen en los criterios de observación disponibles.

En segundo término, si se parte del supuesto de que las depresiones se estructuran en la historia psico-social de las personas que la padecen, en la construcción del perfil es de importancia fundamental la identificación de los elementos coadyuvantes en la aparición de los

episodios sufridos por las(os) adolescentes referidos.

Como elementos coadyuvantes se entiende, aquellos aspectos que participan en la aparición de los episodios depresivos. Por el mismo carácter del estudio se toman de los datos registrados en el Instrumento de Tamizaje de Riesgo Psico-Social del Programa de Atención Integral del Adolescente, del Departamento de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, el cual se incluye dentro del expediente, a saber: Disfunción familiar, pérdidas, separación de los padres, adicciones, problemas de pareja, violencia intrafamiliar (VIF), abuso sexual (AS), post-parto, aborto, trastornos alimentarios, problemas académicos, problemas económicos, dificultad de integración con sus pares, que funcionan como criterios de observación para esta variable.

La caracterización de la gravedad del problema se concibe desde dos perspectivas:

Una, relativa a la magnitud o medición de una propiedad, que se precisa por medio del cálculo de la incidencia de depresión en las(os) adolescentes referidos, durante el período de estudio. El concepto de incidencia es el número de casos referidos por este trastorno, con relación al total de referencias recibidas por la Clínica de Adolescentes en este periodo.

La otra, relativa a la existencia o no de problemas de diagnóstico, que habla de la calidad y pertinencia de las referencias y de la eventual saturación por consultas que pueden resolverse en el primer nivel de atención. Es importante precisar si se explicitan

criterios en las referencias, que permitan discriminar si los casos referidos, justifican su derivación a un tercer nivel. Conceptualmente hablando esta situación implica la proporción de depresiones leves, que pueden ser tratadas en el primer nivel de atención.

Otro aspecto de central importancia en la caracterización de la gravedad del problema es el riesgo suicida, que se puede establecer de acuerdo a la presencia de ideación suicida o de gestos suicidas comprobados.

4. Diseño metodológico

4.1 Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo.

4.2 Universo: todas las referencias recibidas por la Clínica del Adolescente del HCG, durante el periodo de estudio.

4.3 Muestra: todos los casos referidos por depresión e ideación suicida.

4.4 Fuentes: Referencias, escala de Beck, historia clínica y examen físico para los (as) adolescentes e instrumento de tamizaje del PAIA.

4.5 Precauciones para proteger al grupo referido: En los resultados se excluye el nombre de las (os) adolescentes referidos y el Número de expediente.

4.6 Operacionalización de variables por objetivo: Se seleccionan las variables e indicadores, de acuerdo a los elementos teórico conceptuales y a la calidad del dato con que se cuenta; de éstos elementos, se derivan los criterios de observación.

4.7 Técnicas de recolección de datos: a partir de las variables e indicadores

empíricos seleccionados, se construye un instrumento para vaciar los datos obtenidos de las fuentes citadas.

4.8 Técnicas de procesamiento y análisis de resultados: los datos se procesan mediante las medidas aportadas por la bioestadística descriptiva a saber: distribuciones de frecuencias, razones, porcentajes y cruces de variables. Una vez elaboradas las tablas, se procede a describir y analizar los resultados.

4.9 Alcances y limitaciones del estudio: Los objetivos del estudio se cumplen en su totalidad, evidenciándose la necesidad de poner en práctica elementos correctivos que haga más eficiente el Sistema de Referencias y Contrarreferencias. Entre las limitaciones más importantes, están: el escaso tiempo disponible, debido a la carga de funciones de atención y otras responsabilidades. Esta limitación se solventó gracias al apoyo de la Jefatura del Servicio de Psiquiatría, que nos permitió concluir el proceso.

Otras Imitaciones importantes son las deficiencias en los datos incluidos en las referencias y la imposibilidad de localizar todos los expedientes.

5. Descripción y análisis de resultados

La información obtenida por medio del estudio se organiza de la siguiente manera: Características socio-demográficas del grupo referido; elementos coadyuvantes identificados; unidades de atención y profesionales que refieren; gravedad del problema; diagnóstico presuntivo de las referencias y confirmación diagnóstica.

5.1 Características socio-demográficas del grupo referido

En este apartado se incluyen los aspectos identificados en los datos disponibles, que permiten caracterizar a las(os) adolescentes referidos por depresión, a la Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Calderón Guardia. Se incluye información acerca de: edad y sexo, ocupación, estado civil y característica de la convivencia (Tablas 1 a 5).

Tabla 1: Distribución de los casos referidos por depresión según edad y sexo. Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, HCG, Junio 2002 a mayo del 2003.

Sexo	Grupos de Edad				Total
	8 a 10	11 a 13	14 a 16	17 a 19	
Total	2	17	29	14	62 100,00
Femenino	2	10	24	11	47 75,8
Masculino	0	7	5	3	15 24,2

La distribución por grupos de edad y sexo (Tabla 1), muestra como el 75,8% de las referencias por depresión corresponde a mujeres y solo el 24,2% a

varones adolescentes. En la categoría de los 14 a 16 años se concentra la mayoría de los casos (29 casos,) que corresponde al 46,78% del total. Del

total de mujeres, 24 casos se concentran en el rango de los 14 a los 16 años. En las categorías de 11 a 13 años y 17 a 19 años se concentra 10 y 11 casos respectivamente. De los varones, el 100% de los casos se concentran en esas categorías, siendo el grupo de los 11 a 13 años el más importante. El

96,78 % de las de las(os) adolescentes referidos son solteros, como se muestra en la tabla 2. Coinciden los resultados con el hallazgo del estudio citado (1999), en que se concluye una mayor tendencia a la depresión en las mujeres adolescentes

Tabla 2: Distribución de los casos referidos por depresión según estado civil. Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, HCG, junio 2002 a mayo del 2003.

Estado civil	Número de casos	%
Total	62	100,00
Soltera(o)	60	96,78
Casada(o)	1	1,61
Unión Libre	1	1,61

En la tabla 3 se resume la información relativa a la ocupación. El 74,19% de los casos referidos por depresión

estudian y el 19,35 % no estudian ni trabajan (12 casos del total).

Tabla 3: Distribución de los casos referidos por depresión según estado civil. Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, HCG, junio 2002 a mayo del 2003.

Ocupación	Número de casos	%
Total	62	100,00
Estudia	46	74,19
Trabaja	2	3,23
Estudia y trabaja	2	3,23
Desocupado	12	19,35

Con relación a la convivencia, 29 casos (46, 78%), viven con ambos padres; 22 casos para un 35,48% con la madre. Ambas categorías constituyen el 82,26% del total. Con otros familiares y en instituciones del estado viven 5 y 3 casos respectivamente (Tabla 4).

4.2 Elementos coadyuvantes identificados

En este apartado se resume la información acerca de los elementos coadyuvantes a la crisis depresiva,

sistematizados a partir de los datos de aportados por la historia clínica del PAIA

Los elementos coadyuvantes identificados por las(os) adolescentes como los más importantes en la aparición de las crisis son: Disfunción familiar en el 53,22% de los casos referidos; los problemas académicos en el 32,25%, la separación de los padres en el 27,41%, la Violencia Intra Familiar en el 24,19%, las adicciones

en el 20,96% y las pérdidas por muerte o separación en el 19,35%. De importancia menor son el abuso sexual, los trastornos alimentarios y los casos

de jóvenes en post parto y embarazo, que fluctúan entre el 14,51 y el 11,29% (Tabla 5).

Tabla 4: Distribución de los casos referidos por depresión, según tipo de convivencia. Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, HCG, junio 2002 a mayo del 2003.

Convivencia	Número de casos	%
Total	62	100,00
Con ambos padres	29	46,78
Con la madre*	22	35,48
Con el padre	1	1,61
Con la pareja	1	1,61
Con otros familiares	5	8,07
Instituciones del estado	3	4,84
Solo	1	1,61

Nota: Esta categoría incluye solo a la madre, la madre y los hermanos(as), la madre, los hermanos(as) y el padrastro.

Algunos de los elementos identificados coinciden con los hallazgos del estudio realizado en los Estados Unidos "Uso de tabaco, alcohol y drogas, embarazo no deseado (2001). Si bien el embarazo adolescente no es uno de los principales

elementos coadyuvantes la depresión, es importante señalar que en el estudio citado (1997), se identifica como consecuencia de conductas de riesgo en lo relativo al sostenimiento de relaciones sexuales coitales desde edades tempranas, a la baja escolaridad y deserción escolar; exposición a la VIF y abuso sexual.

Tabla 5: Importancia de los elementos coadyuvantes a la depresión en adolescentes referidos.

Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, HCG, junio 2002 a mayo del 2003.

Elementos coadyuvantes	Número de casos	Porcentaje*
Disfunción familiar	33	53,22
Problemas académicos	20	32,25
Separación de los padres	17	27,41
Violencia Intra Familiar	15	24,19
Adicciones	13	20,96
Pérdidas (por muerte o sep.)	12	19,35
Problemas de pareja	10	16,12
Abuso sexual	9	14,51
Trastornos alimentarios	9	14,51
Post-parto y embarazo	7	11,29
Otros **	12	19,35

Nota: *Los casos pueden señalar más de un elemento. El porcentaje indica la importancia de cada aspecto. ** Problemas económicos, dificultades con pares, conductas de riesgo.

4.3 Unidades de atención y profesionales que refieren

En la tabla 6 se evidencia que el 59,68 % de las referencias provienen de los EBAIS del área de atracción. El 62,90% de las referencias corresponden a médicos generales (Tabla 7).

Tabla 6: Distribución de adolescentes referidos por depresión, según unidad de atención que refiere. Clínica de Adolescentes, Servicio de Psiquiatría, HCG, junio 2002 a mayo del 2003.

Unidad que refiere	Número de casos	Porcentaje
Total	62	100,00
EBAIS área de atracción	37	59,68
Especialidad HCG	10	16,13
Emergencias HCG	6	9,68
Hospitales Nacionales	4	6,45
Colegios	2	3,23
Clínica Central	1	1,61
Médico de empresa	1	1,61
Oficina de la mujer de Goicoechea	1	1,61

**Tabla 7: Distribución de los casos referidos por depresión,
según profesional que refiere
Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, HCG,
junio 2002 a mayo del 2003.**

Profesional que refiere	Número	Porcentaje
Total	62	100,0
Médico general	39	62,90
Médico especialista	20	32,26
Orientador(a)	2	3,23
Psicólogo	1	1,61

4.4 Gravedad del problema: Incidencia, diagnósticos presuntivos de las referencias y confirmación diagnóstica

En este apartado se resume la información acerca de la incidencia de las referencias por depresión en el período en estudio, los diagnósticos presuntivos incluidos en las referencias de adolescentes con depresión, ideación y conductas suicidas y carácter de urgencia. Además se incluye información acerca de las características del diagnóstico confirmado de las referencias urgentes y la gravedad de este diagnóstico (Tablas 8 a 10).

Las referencias por depresión en el período de estudio son 62, lo que representan el 45,59% del total de referencias recibidas en el período en estudio (136). La tasa de incidencia de depresiones que realmente necesitan una intervención de tercer nivel es de 20,59%, únicamente 28 casos (Véase tabla 9). Si bien es cierto esta incidencia supera la tendencia poblacional descrita para la depresión, en el ámbito internacional, que es alrededor del 10,0% a 12%, no se debe olvidar que se trata de un tercer nivel, donde se refieren a personas, en este

caso de adolescentes a los que ya se les ha diagnosticado un problema.

Del total de referencias por depresión, 60 tienen este diagnóstico explícito, lo que corresponde al 96,77%. En 14 casos para un 22,58% se incluye la presencia de ideación suicida, de los cuales en 6 casos (9,68%), se reportan gestos suicidas (Tabla 8).

El hecho de que se reporte 6 casos con gestos suicidas habla del señalamiento hecho en uno de los estudios citados de que las tasas para el país son menores que en otros países; sin embargo, el resultado resulta contradictorio con la importancia tendencia identificada en este estudio.

El 45,00 % de las referencias recibidas tienen el carácter de urgente (28 de 62 referencias). De esas, el 60,72% no ameritan ser referidas al tercer nivel de atención porque se trata de depresiones leves o de casos en que no se comprueba la presencia de elementos depresivos. Este aspecto evidencia la importancia de discriminar en este primer nivel, el grupo de adolescentes que realmente necesitan ser derivados a un nivel de mayor complejidad (Tabla 9).

**Tabla 8: Características de los diagnósticos presuntivos en las referencias.
Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, HCG,
junio 2002 a mayo del 2003.**

Diagnóstico	Con diagnóstico		Sin diagnóstico		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Depresión	60	96,77	2	3,23	62	100,00
Ideación suicida	14	22,58	48	77,42	62	100,00
Conductas suicidas	6	9,68	56	90,32	62	100,00
Urgentes*	28	45,16	34	54,84	62	100,00

Nota: * Véase en la tabla siguiente el comportamiento de las referencias urgentes.

**Tabla 9: Diagnóstico confirmado de las referencias recibidas como urgentes
Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, HCG,
junio 2002 a mayo del 2003.**

Condición de las referencias	Número de casos	Porcentaje
Total de las referencias urgentes	28	100,00
Diagnóstico confirmado como:		
Leves	12	42,86
Moderadas	11	39,28
Severas	0	0,00
Sin depresión	5	17,86

Es importante señalar que de acuerdo al diagnóstico confirmado en la Clínica del Adolescente del Servicio de Psiquiatría del HCG, 34 casos para un 58,83% pudieron haber sido resueltas en el primer nivel de atención, ya que se tratan de depresiones leves (26 casos) y 8 casos en los que se descarta la presencia de esta o es subclínica. Esto habla de la necesidad de capacitar a los EBAIS, para que logren discriminar los casos que realmente requieren ser referidos. Del total de casos diagnosticados con depresión por la Clínica de Adolescentes, únicamente un caso era de depresión endógena. El

resto fueron depresiones reactivas (Tabla 10).

Del total de referencias con riesgo suicida (14), solo se confirma el riesgo en 4 de los casos, lo cual habla de la importancia de precisar bien los diagnósticos antes de hacer las referencias (Tabla 11).

Los pocos intentos de suicidio reportados, que además se comprueba en solo dos casos, es contradictorio con el hallazgo de Molina D. V. y Donas S. y Rocabado F. (1999), quienes señalan una alta incidencia.

**Tabla 10: Gravedad del diagnóstico confirmado
Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, HCG, junio 2002 a mayo del 2003.**

Gravedad del diagnóstico confirmado	Número de casos	Porcentaje
Total de referencias	62	100,00
Depresión leve	26	41,94
Depresión moderada	20	32,26
Depresión severa	8	12,90
Sin depresión	8	12,90

**Tabla 11: Riesgo suicida confirmado de acuerdo al total
Clínica de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría, HCG,
junio 2002 a mayo del 2003.**

Referencias con Riesgo Suicida	Número de casos
Total	14
Riesgo suicida confirmado	4
Sin riesgo suicida	10

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

1. El 75,08% de las referencias por depresión recibidas, corresponden a mujeres y solo el 24,02 a varones adolescentes.
2. El grupo de edad más importante en las mujeres es el de 14 a 16 años, en donde se acumulan más de la mitad de los casos y en los varones, el de 11 a 13.
3. El 96,78% de las(os) adolescentes referidas son solteras.
4. El 74,19% de los casos referidos por depresión estudian y el 19,35 no estudian ni trabajan.
5. El 46,78% de los casos viven con ambos padres y el 35,48% viven con la madre, sola, con esta y sus hermanos y con estos y sus padrastros.
6. Los elementos coadyuvantes identificados por las(os) adolescentes como más importantes en la aparición de sus crisis depresivas son: Disfunción familiar en más de la mitad de los casos, seguido por problemas académicos, separación de los padres, violencia intrafamiliar, adicciones y pérdidas por muerte y separación.
7. Aproximadamente el 60,0% de las referencias provienen de los EBAIS del área de atracción del Hospital y son remitidas por médicos generales.
8. Las referencias por depresión en adolescentes recibidas en el período de estudio representan casi la mitad del total, cuando la tasa de incidencia que amerita una atención de tercer nivel es de aproximadamente el 21,0%.

9. En las referencias el 96,77% tienen el diagnóstico de depresión, en el 22,58% de estas se incluye la presencia de ideación suicida y en el 9,68% se reportan gestos suicidas.
10. De catorce casos que se refieren con riesgo suicida, únicamente se comprueban 4 casos.
11. El 45,0% de las referencias son recibidas como urgentes. De esas más del 60,0% no ameritan ser referidas al tercer nivel, por tratarse de depresiones leves o porque no hay depresión o ésta es subclínica.
12. De acuerdo al Diagnóstico confirmado en la Clínica de Adolescentes, casi el 60,0% de los casos pudieron haber sido resueltos en el primer nivel de atención.
13. Se comprueba que existe un importante problema en la calidad de las referencias recibidas por depresión, en nuestra clínica y de los filtros que deben existir en el II nivel de atención.

5.2 Recomendaciones

1. Es urgente capacitar a los EBAIS, al personal de las Clínicas del II nivel y a los médicos de consulta prenatal y de urgencias de nuestro hospital, en el tema de la depresión en adolescentes.
2. Es imprescindible dotar a este grupo de profesionales de instrumentos que les permitan identificar los casos de depresión y discriminar su gravedad.
3. Se debe efectuar una coordinación con los niveles adscritos, con el propósito de lograr un Sistema de Referencias y Contrarreferencias

más efectivo, que permita descongestionar la Clínica de Adolescentes y el Servicio de Emergencias del Hospital Calderón Guardia, con el propósito de liberar espacios que permitan una atención oportuna de los casos que si ameriten una intervención urgente.

Bibliografía

- Ayso J. y Sáenz J (1981). Las Depresiones, Nuevas Perspectivas Clínicas Etio-patogénicas y Terapéuticas, Editora Importécnica S. A., Segunda Edición,
- Breilh; J. (SF). Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Centro de Estudios y Asesoría
- Camacho C, E. M., Castro, M., Rossi, F.(2001). Los Trastornos del Estado de Animo. Trabajo presentado en el Curso de Psico-farmacología, Maestría de Psicología Clínica de la UNIBE, San José, Costa Rica.
- Valverde C., O. et al (2001). Adolescencia. Protección y Riesgo en Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva, PAIA, San José, Costa Rica.
- a. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Embarazo y Maternidad Adolescentes en Costa Rica, Diagnóstico, Situación y Respuestas Institucionales, San José, 1997: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Programa Mujeres Adolescentes de la Unión Europea y Comisión Nacional de Adolescencia.
 - b. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia

(1998). Maternidad y paternidad: Las dos Caras del Embarazo Adolescente. San José, Costa Rica.

c. Molina, D., Durán, V., Donas, S. y Rocabado, F. (1999). Conductas de Riesgo en Adolescentes. Ediciones Perro Azul, San José.

d. Rodríguez, J., Garrita, C., Sequeira, M. y Díaz, M. (1999). Sexualidad Adolescente. Un Estudio sobre sus Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Zona Rural Guatuso. San José. PAIA.

e. Rodríguez, J., Garrita, C., Sequeira, M. y Díaz, M. (1999).

Sexualidad Adolescente. Un Estudio sobre sus Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Zona Rural Portuaria Golfito. San José. PAIA.

f. Garrita, C. La Construcción de las Masculinidades. Un reto para la Salud de los Adolescentes. San José, PAIA, CCSS, OPS/OMS., UNFPA, Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (Asdi).

Varios autores, "DSM-IV: Manual de Diagnóstico Estadístico de los Procesos Mentales", MASSO