



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

## **TESIS PARA OPTAR AL TITULO DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**

“Factores de riesgo asociados a la depresión en personas adultas que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020”

### **NOMBRES:**

Br. Laura Ivonne Gutiérrez

Br. Alisson Dayanara Vargas Solano

Br. Carmen Carolina Vílchez Gonzales

### **TUTOR:**

Dra. Isamara Medina.

Msc. Epidemiología. Docente.

## **Dedicatoria**

Este trabajo se lo dedicamos primeramente a Dios, quien nos ha dado la dirección del mejor camino y decisiones correctas, a no darnos por vencidos a pesar de las adversidades que se nos han presentado; a nuestros padres quienes nos dieron la vida y el apoyo incondicional para cumplir nuestros sueños y anhelos, nos han brindado el amor, ayuda, comprensión, nos han inculcado valores que nos son de gran ayuda en nuestra vida diaria como profesionales.

A nuestra tutora quien nos ha guiado de la mejor manera, inculcando en nosotros ese deseo de aprender y de superación, a seguir alimentando nuestra educación diaria con el deseo de búsqueda y hábitos de lectura que nos serán de mucha ayuda en nuestra vida.

A toda la familia que ha estado a nuestro lado, que de una u otra manera nos han ayudado para culminar nuestra tesis, nos esforzamos y damos lo mejor, estando consiente de que su ayuda fue para nuestra profesionalización.

## **Agradecimientos**

Nuestro más sincero agradecimiento a Dios quien ha sido nuestro pilar fundamental para la realización de este trabajo, Él ha sido nuestra fuente de información y de energía para culminar esta tesis.

Agradecemos a todos aquel que fue de mucha ayuda para la obtención de información concreta, segura y específica sobre el tema de investigación, el tiempo que dedicaron para la realización de las diferentes actividades de recopilación de la información.

Agradecemos a nuestras familias, padres, hermanos, abuelos, tíos y demás familiares que estuvieron involucrados directa o indirectamente en la realización de nuestro trabajo que con mucho esfuerzo, amor y dedicación hemos logrado realizar.

A nuestra tutora quien nos brindó de su tiempo y sabiduría para guiarnos correctamente.

## **Resumen**

**Introducción:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

**Objetivo:** Analizar los factores de riesgo asociados a la depresión en personas adultas que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Managua, Nicaragua.

**Diseño:** El tipo de estudio fue de analítico, casos y controles, el que se realizó con 80 casos y 165 controles, los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico OpenEpi, se establecieron indicadores de asociación (OR) a través de las tablas 2x2 e intervalos de confianza para significancia estadística.

**Resultados:** Se encontró como factores de riesgo altamente relacionados al desarrollo de depresión los conflictos familiares (OR 18.25), el divorcio (OR 9.4), ser del sexo femenino (OR 5.6), Burnout (OR 5.3), desempleo (OR 4.7), edad superior a los 60 años (OR 4.03), antecedente familiar de enfermedades crónicas (OR 3.72), enfermedades médicas (OR 3.6), Mobbing (3.22), fallecimiento de un ser querido (OR 2.78), maltrato intrafamiliar (OR 2.6), bajo ingreso económico (OR 2.07), antecedente familiar de enfermedades psiquiátricas (OR 1.96). Todos estos resultados difícilmente se explican al azar.

**Conclusión:** Se concluye que la depresión está sujeta a múltiples factores demográficos, socioeconómicos, factores individuales y factores familiares, siendo una enfermedad de origen multicausal. Las variables interactúan entre sí, principalmente se asocia depresión a los conflictos familiares, el divorcio, ser del sexo femenino, conflictos laborales con síndrome de Burnout, además de antecedentes familiares de enfermedades crónicas.

**Palabras clave:** Depresión, edad adulta, multifactorial.

## Tabla de contenido

CAPITULO I: GENERALIDADES.....	1
1.1    Introducción.....	1
1.2    Antecedentes.....	2
1.3    Justificación.....	5
1.4    Planteamiento del problema.....	6
1.5    Objetivos.....	7
1.6    Marco Teórico.....	8
1.7    Hipótesis.....	25
CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO.....	26
2.1    Tipo de estudio.....	26
2.2    Área de Estudio.....	26
2.3    Universo.....	26
2.4    Muestra.....	27
2.5    Criterios de inclusión y exclusión.....	28
2.6    Técnica y Procedimientos.....	28
2.7    Plan de tabulación y análisis.....	29
2.8    Enunciado de variables.....	31
2.9    Método de análisis de la información.....	32
2.9    Operacionalización de variables.....	34
2.10    Aspectos éticos.....	40
CAPITULO III: RESULTADOS.....	41
CAPITULO IV: DISCUSION Y ANALISIS.....	45
CAPILTULO V: CONCLUSIONES.....	50
CAPITULO VI: RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	52
ANEXOS.....	54
Instrumento de recolección.....	54
Tablas.....	58
Gráficos.....	68

## **CAPITULO I: GENERALIDADES**

### **1.1 Introducción**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OPS/OMS, 2012).

La depresión puede llegar a ser crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por personal de medicina general en el ámbito de la atención primaria.

De acuerdo a la organización mundial de la salud (OMS) la depresión se presenta entre un 10-15% de los adultos de manera ambulatoria, 15-35% de los que viven en casa hogar y del 10-20% hospitalizados. En los adultos los cambios en la vida pueden incrementar los factores relacionados al riesgo de la depresión o llevar a que la misma empeore (Jiménez, 2009).

La finalidad de este estudio es abordar los diferentes factores de riesgo que se relacionan al desarrollo de la depresión en los adultos que van a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle de Managua, Nicaragua.

## 1.2 Antecedentes

El envejecimiento y la depresión tienden a confundirse y enlazarse. La depresión no es "normal" en la vejez. La mayoría de los ancianos deberían encontrarse bastante satisfechos de su envejecimiento, y sólo experimentar ciertas fluctuaciones menores en su afectividad.

Sobre la depresión destaca un estudio realizado en Ecuador en el año 2015 titulado "Factores asociados a la depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado" los hallazgos obtenidos dentro del análisis estadístico confirmaron, que los niveles de soledad y de adaptación al centro geriátrico, como el motivo de ingreso están relacionados con los niveles depresión en el adulto mayor institucionalizado de la Fundación Plenitud ya que las tres variables independientes incluidas en el modelo de regresión lineal explicaron en un 85 % la varianza de la variable dependiente niveles de depresión ( $R^2 = 0,85$ ) siendo el nivel crítico ( $\text{sig} < 30,037$ ), La prevalencia de Depresión obtenida en la investigación fue del 50%, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12,5%. (González, 2015)

Un artículo titulado: " Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo" demostró Al establecer tendencia a la asociación entre la depresión y las variables independientes, se encontró que estaban asociadas: el nivel educativo, que mostró que los adultos mayores que cursaron primaria incompleta tienen 1.9 veces más probabilidad de desarrollar depresión mayor que los adultos mayores con otros niveles educativos, se dio significancia estadística, ya que el valor de la probabilidad del Chi-cuadrado fue de 0.009. Asimismo, se observó tendencia a la asociación con la presencia de trastornos neurológicos y psiquiátricos quienes; padecen esta comorbilidad tienen una probabilidad aproximada siete veces mayor de tener depresión que quienes no presentan estos trastornos, lo cual es estadísticamente significativo ( $p = 0.0215$ ).

Se estableció fuerza en la asociación significativa para las variables sexo masculino, con un  $OR = 2,9$   $IC_{95} \% (1,14 - 7,34)$ , y estado civil: soltero:  $OR = 10,7$ ,  $IC_{95} \% (3,62 - 31,60)$ . No se estableció significancia estadística mediante el Chi-cuadrado para estas variables.

Un estudio realizado en la Universidad Peruana Heredia titulado: Factores sociales, Familiares y dependencia asociados con la depresión en el adulto mayor beneficiario del Seguro social en la consulta externa de un hospital público de la ciudad de Quito en 2018 realizo por encuesta MINI según CIE10., el 26,4% de los pacientes tuvo episodio depresivo, siendo el más frecuente el episodio depresivo leve (15,4%).

La universidad Nacional del Centro del Perú realizo un estudio titulado: “Factores biopsicosociales y la depresión en el adulto mayor del centro de atención residencial gerontológico San Vicente de Paúl Huancayo – 2018” demostró los siguientes resultados: Evaluando se ha encontrado que el 23,8% no presenta depresión, el 42,9% son casos probables de depresión y el 33,3% una depresión establecida con relación al factor social. Por lo que más del 76,2% presenta algún grado de depresión. Un 57,1% no es jubilado, los hermanos de los adultos son los familiares que más visitan de manera mensual que esto representa un 28,6%; el tiempo de estancia en el centro de atención gerontológico de 1 a 5 años es el 57,1%. Los adultos mayores que se sienten discriminados tanto a veces como siempre en un 85,8%, quienes recibieron a veces burlas e insultos son un 57,1%.

Una revista española en el año 2014, publicó un estudio titulado Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana, la cual concluye que la prevalencia encontrada fue de 36,2% de los sujetos estudiados, 43,2% de las mujeres y 27,1% de los hombres. Aparecieron como factor de riesgo la actividad (OR 4,21 a los desempleados, el estado civil (OR 3,16 los viudo/as y 2,32 los solteros/ as) y la edad (OR 2,90 para el rango de 80 a 84 años). Cinco de los 30 reactivos de la EDG resultaron positivos en más del 50% de los sujetos estudiados (M. Pando Moreno, 2014).

En Nicaragua se han realizados pocos estudios enfocados en el área de salud mental. En Managua, un estudio titulado “Factores asociados a la depresión en pacientes que acuden a consulta externa de medicina interna en el Hospital Militar”, se encontró como factores de riesgo altamente relacionados al desarrollo de depresión: el sexo femenino (OR 4.85), ama de casa (OR 3.93), estar desempleado o pensionado (OR 2.43), poseer algún hábito tóxico



(OR 4.78), tener un ingreso familiar ajustado o insuficiente (OR 1.86), pertenecer a una familia dispersa o disfuncional (OR 11.34), antecedente familiar de depresión (OR 9.43), tener rasgos neuróticos de personalidad (OR 18.5), y exposición al estrés (OR 6.35). Los factores familiares representaron mayor riesgo de depresión, seguido de los personales y psicológicos. La presencia de comorbilidades denota incremento del riesgo de depresión. (Cortez, 2017).

Según las proyecciones, hacia el 2020 las tres cuartas partes de las muertes en los países en desarrollo estarán relacionadas con el envejecimiento. La proporción más cuantiosa corresponderá a las enfermedades no transmisibles, como las mentales. La mayoría de los estudios en Nicaragua no son enfocados a la depresión como causa de importancia, o bien, no llama causa a las mismas, sino se enfocan en las consecuencias que esta conlleva. Es por eso que se realizó este estudio, con el fin de reconocer e identificar las diferentes causas que conllevan a la aparición de este trastorno en la población.

### **1.3 Justificación**

Desde el punto de vista de la medicina la depresión es una enfermedad crónica, progresiva y multifactorial, su origen puede darse en una combinación de factores genéticos, ambientales, socioculturales o socioeconómicos. Aunque dicha enfermedad puede curarse, se afirma esto siempre y cuando el paciente que la sufre se someta a un tratamiento que incluye medicinas y seguimientos médicos. (Miller, 2021)

La depresión es una de la enfermedad que ha venido afectando a la población mundial con una cifra del 1%, en el caso de Nicaragua, entre el 10 – 15% de la población adulta sufre de este trastorno del estado de ánimo, esto también se debe porque esta enfermedad mental tiene tres grandes factores determinantes entre ellos biológicos, psicológicos y sociales, por tal razón se dice que es multifactorial. (Miller, 2021; María Pilar Collantes, 2012)

Otros de los grandes inconvenientes de este trastorno son la falta de conocimiento y que el paciente no recibe la atención adecuada al tratamiento de seguimiento lo que conlleva a un impacto negativo a la calidad de vida del mismo.

Por lo tanto, este estudio beneficia directamente a las personas que hayan sido diagnosticados con depresión y sus familiares e indirectamente a instituciones que trabajan en el sector salud, y que esta contribuya a un abordaje de los factores relacionados a la depresión en pacientes adultos, además, sirve como soporte para futuras investigaciones que se realicen del tema investigado.

## 1.4 Planteamiento del problema

Según la Organización Panamericana de la Salud, la depresión es el trastorno mental que más afecta a la población y es además una de las principales causas de discapacidad en el mundo. En América Latina y el Caribe afecta al 5% de la población adulta, se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier tipo de persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida psicológica y socialmente (Rodríguez, 2016).

En Nicaragua, se estima que 4.2% de la población presenta depresión, siendo esta más frecuente 1.5 veces más en mujeres que en hombres, según un estudio realizado por la OMS. Además, la mayoría de los pacientes no recibe tratamiento, debido a que casi todos ellos normalizan la enfermedad (Velásquez, 2017).

La depresión es una enfermedad donde no solo se incluye la influencia de factores internos, como es la deficiencia funcional de neurotransmisores al nivel de los receptores adrenérgicos, la reducción funcional del nivel de serotonina, explicables según los modelos biológicos, sino que también influyen factores externos, tales como problemas sociales que abarcan la familia, la economía, el entorno, entre otros (Díaz, y otros, 2006).

La falta de acción es costosa. Las pérdidas son incurridas por los hogares, los empleadores y los gobiernos. Los hogares y el gobierno pierden financieramente cuando la gente no puede trabajar. (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Por lo anterior, se hizo la siguiente pregunta de investigación:

**“¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con la depresión en personas adultas que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio-Diciembre del 2020?”.**

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo General**

Analizar los factores de riesgo asociados a la depresión en personas adultas que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio- Diciembre del 2020.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar demográficamente a la población en estudio.
- Establecer los factores socio- económicos relacionados con la depresión en los pacientes en estudio.
- Determinar los factores individuales relacionados con la depresión en los pacientes en estudio.
- Identificar los factores familiares relacionados con la depresión en los pacientes en estudio.

## **1.6 Marco Teórico**

### **1.6.1 Conceptualización de la depresión**

#### 1.6.1.1 Trastorno Depresivo

Los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (Miller, 2021).

#### 1.6.1.2 Definición de Depresión

La depresión es un estado patológico diferente de la tristeza y la preocupación normal que acompaña a cualquier enfermedad o a situaciones vitales de pérdida. Suele ser confundida con la pena u el sufrimiento que se consideran natural en un enfermo. Provoca pesar en los demás, también en los médicos, y esto lleva a rechazar a quien lo sufre o a que se ignore dentro de las consideraciones clínicas.

Como estado patológico, es un trastorno del ánimo que se manifiesta en todas las áreas de la personalidad, psíquicas y físicas, con diferente intensidad. A nivel del pensamiento se manifiesta con pesimismo, a nivel de los afectos, con abatimiento emocional e incapacidad de disfrutar, y en la esfera volitiva, con falta de voluntad. Como sentimiento, la depresión se caracteriza por la amargura y el disgusto que tiñen toda la experiencia personal afectada por la desesperanza (Argente, 2013).

### **1.6.2 Epidemiología**

En el estudio estadounidense de comorbilidad (National Comorbidity Survey), se encontró que el 30-40% de la población general cumplía criterios de trastorno depresivo a lo largo de la vida, principalmente trastorno depresivo mayor, y en su mayor parte eran mujeres. Aproximadamente el 10-20% de la población general consultará a su médico de atención primaria por problemas de salud mental a lo largo de un año. En torno al 10-40% de todos los pacientes de atención primaria cumplirá criterios de un trastorno psiquiátrico, de los

cuales la mayoría (90%) son trastornos afectivos, de ansiedad y abuso de sustancias (EVANS, 2007).

Algunos elementos culturales pueden influir en el desarrollo y la aparición de la depresión, como es el caso de la cultura judía. En un estudio llevado a cabo en 339 personas (157 hombres y 182 mujeres) se encontró un predominio similar de depresión en uno y otro sexo. La depresión es la más común de las enfermedades mentales y ha sido diagnosticada aproximadamente en el 40 % de los pacientes que acuden a la consulta de psiquiatría.

En Europa, 1 de cada 5 personas padecerá de depresión a lo largo de su vida. En un estudio epidemiológico llevado a cabo en una muestra de 21 425 personas, pertenecientes a 6 países europeos, se observó que la depresión mayor era el trastorno psiquiátrico más común: el 13 % afirmó haber sufrido, al menos, un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida y el

4 %, en el último año. En EE. UU, alrededor del 10 % de las mujeres y el 4 % de los hombres han tomado un antidepresivo en algún momento. La prevalencia puntual de los síntomas depresivos en la población general oscila entre el 9 y 20 %, y el riesgo de sufrir un trastorno depresivo a lo largo de la vida se encuentra entre el 6 y 10 % en los hombres, y el 12 y 20 % en las mujeres (Alonso, 2011). La depresión es más frecuente en el sexo femenino (2:1) En relación con la edad, aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. El máximo de frecuencia en las mujeres está entre 30 y 60, en los hombres entre 40 y 70 años. La alta frecuencia en la edad madura y en la vejez se atribuye primordialmente a los factores psicosociales propios de esas etapas. (Alonso, 2011).

La depresión es menos frecuente en los casados y solteros que en los divorciados, separados o viudos. Desde el punto de vista psicosocial parece que los cambios vitales tanto positivos (ejemplo matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.) como los negativos (divorcio, muerte de un pariente cercano, etc.) son importantes como precipitantes. Se ha demostrado un aumento global de estos cambios, en particular de los eventos negativos e indeseables, en el período que antecede la aparición de la depresión. (Toro Greiffenstein, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló en su reciente informe que los casos de depresión han aumentado en Latinoamérica y especifica varios países, entre ellos la República Dominicana, Argentina, Colombia, y Costa Rica en un 4.7%. Asimismo, Brasil con un 5.8%; Cuba (5,5%) ; Paraguay (5,2%) ; Chile y Uruguay (5%);Perú (4,8%); Además, Ecuador (4,6%); Bolivia, El Salvador y Panamá (4,4%); México, Nicaragua y Venezuela (4,2%); Honduras (4%) y Guatemala con un (3,7%). (Trinchera de la Noticia, 2012).

### **1.6.3 Clasificación de la depresión**

Las clasificaciones actuales dividen la depresión de acuerdo con su patrón de presentación (episodio único o recurrente, y trastorno persistente). Posteriormente las subdividen o califican de acuerdo con la intensidad en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos).

La depresión según Robins, se dividen en dos grandes grupos: “primarias”, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo, y “secundarias”, en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental (por ejemplo, esquizofrenia, alcoholismo) o un trastorno orgánico que explica la depresión (por ejemplo, hipotiroidismo, cáncer del páncreas) (Toro Greiffenstein, 2010).

#### **1.6.3.1 Criterios diagnósticos de la CIA – 10**

- Episodio depresivo (F32). En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:
  - La disminución de la atención y concentración.
  - La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad.
  - Las ideas de culpa y ser inútil (incluso en los episodios leves).
  - Una perspectiva sombría del futuro.
  - Los pensamientos y actos suicidas o autoagresiones.

- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.
- Episodio depresivo leve (F32.0). Las pautas para el diagnóstico son:
  - El ánimo depresivo.
  - La pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar.
  - Aumento de la fatigabilidad.

Al menos dos de los tres deben estar presentes, para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos de los síntomas enumerados anteriormente. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

- Episodio depresivo moderado (F32.1). Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodios depresivos leve, así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en un grado intenso. El episodio depresivo moderado debe durar al menos dos semanas.
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2). Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes en los casos particularmente grave. Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y, además, por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben de ser de intensidad grave. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.



- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3). Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, ruina o catástrofe inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatoria o de olores a podrido o carne en descomposición. (Calero, s.f.).

#### **1.6.4 Factores demográficos**

##### 1.6.4.1 Edad

Los resultados de los estudios revelan sistemáticamente que la edad media en el inicio de la depresión se sitúa a principios de la edad adulta. Numerosas investigaciones observaron una edad de inicio de la depresión mayor a los 29,9 años y la edad de inicio era inferior en las mujeres que en los varones.

##### 1.6.4.2 Sexo

La depresión mayor tiene una frecuencia dos veces mayor en las mujeres adultas que en los varones adultos, los factores hormonales podrían contribuir al índice de incremento de depresión en mujeres particularmente por los cambios premenstruales, abortos espontaneo, periodo post parto, pre menopausia y menopausia. Muchas mujeres se enfrentan a estresantes adicionales, como responsabilidad en el trabajo y en el hogar, como maternidad sola, el cuidado de sus hijos y padres que envejecen.

Aunque la frecuencia de afectación en los hombres sea menor que el de las mujeres resulta especialmente enigmático porque las diferencias sexuales de la prevalencia de la depresión se invierten en la población infantil (los niños presentan tasas más elevadas que las niñas) y el cambio se produce durante la adolescencia y perdura durante toda la vida adulta.

#### 1.6.4.3 Estado civil.

En general, los estudios epidemiológicos han hallado que las tasas de depresión son más elevadas entre los solteros y divorciados que entre las personas casadas.

#### 1.6.4.4 Ocupación

Está ligada al tipo de actividad laboral a la que el ser humano se dedica, la cual influye directamente a una de las principales variables de este estudio, debido a que esta enfoca el modo en que las personas ganan dinero y podrían sobrellevar algunas enfermedades, las que más afectan son aquellas personas que son ama de casa y las que trabajan de manera independiente.

#### 1.6.4.5 Residencia urbana o rural.

Los datos son contradictorios, si bien la mayoría apuntan a que la depresión mayor es menos frecuente en el ámbito rural que en el urbano. La razón de esta diferencia se desconoce exactamente, pero se han propuesto que factores como la delincuencia, desempleo, drogas y los acontecimientos vitales estresantes pueden ser los responsables. (Jiménez, 2009)

### **1.6.5 Factores económicos**

Los estudios epidemiológicos han arrojado resultados relativamente homogéneos entre posición socioeconómica baja y aumento de las tasas de depresión. Se desconoce la naturaleza de tal asociación; incluso estudios más recientes revelan que incluso una posición socioeconómica baja durante la niñez está asociada a un mayor riesgo de depresión en la vida adulta.

#### 1.6.5.1 Conflictos laborales

Contar con un empleo tiene efectos protectores frente a la depresión, al proporcionar mayor seguridad económica, integración social y oportunidad para establecer relaciones y redes de apoyo social. El empleo constituye una respuesta de la sociedad a la necesidad de las personas de disponer de una base económica segura para crear una familia propia y una vida independiente.

#### 1.6.5.1.1 Síndrome de Burnout

El síndrome burnout (estar quemado en inglés) se define como un síndrome de estrés crónico en aquellas profesiones de servicios, que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia. Se caracteriza por un proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal (Trejo, et al, 2011).

La diferencia del estrés simple y el síndrome de burnout es que, mientras el primero puede desaparecer tras un periodo adecuado de descanso y reposo, el burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso.

#### 1.6.5.1.2 Mobbing

El término Acoso Laboral proviene de la traducción del anglosajón Mobbing 3, término que fue introducido por el etólogo Konrad Lorenz como resultado de sus observaciones de animales en libertad. Usó este término para hacer referencia a los ataques de un grupo de animales pequeños a un animal más grande con el propósito de aterrorizarlo, o para denominar el comportamiento agresivo de un grupo de animales con el objeto de echar a un intruso de su territorio. Posteriormente las ciencias sociales adoptaron este concepto para referirse a ciertas conductas de violencia en el ámbito laboral (Harasemiuc, et al, 2013).

El efecto psicológico de la violencia laboral es una de sus consecuencias más habituales, siendo éste una causa creciente de depresión en la población laboral mundial, de allí la importancia de establecer una causalidad, un diagnóstico y un tratamiento adecuado a este problema de salud que en general se ha convertido en una causa importante de absentismo laboral independientemente de su origen laboral o personal.

#### 1.6.5.2 Problemas económicos

La pérdida del trabajo remunerado ocasiona desinterés vital, alteraciones del sueño y el apetito y puede conducir a cuadros depresivos permanentes, con reducción de la calidad de vida relacionada con la salud. También se ha asociado el trabajo del sector informal como una decisión propia de desarrollo profesional o como atención a necesidades económicas no

cubiertas, donde las personas tienen que seguir trabajando como único recurso para subsistir. De esta manera, se enfrentan a condiciones de trabajo y jornadas laborales inadecuadas, a poca cobertura en seguridad social y a salarios bajos.

Otro factor de riesgo económico para presentar depresión, en este caso para ambos sexos, es recibir ayuda económica. Las personas en esta situación tienen que aceptar su condición de dependencia económica frente a su familia y asumir su vulnerabilidad al no contar con ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas. Esta situación les “compromete” a realizar actividades de correspondencia y/o compensación e influye en el sentimiento de "ser una carga” para sus familiares (Santos & Carmona, 2018).

#### 1.6.5.3 Pérdida del trabajo.

Perder el trabajo puede suponer un importante cambio dentro de las vidas. La estabilidad y la rutina que regía los días desaparecen para dar paso a una gran diversidad de emociones negativas.

Al finalizar forzosamente una etapa de la vida es común ser más susceptibles a la hora de sufrir depresión o ansiedad. Siendo así más inseguros, la percepción que se tiene de sí mismos cambia hasta llegar incluso al punto de creer que no son lo suficiente.

En este momento la sociedad vive tiempos difíciles. El trabajo falta y el trabajo es necesario para el bienestar, para la salud, de las personas. Los poderes públicos deben poner en marcha políticas que mitiguen la situación dramática que viven miles de personas. El esfuerzo debe dirigirse a crear empleo, sin embargo, no cualquier trabajo debería valer. Es vital que los puestos de trabajo que se creen tengan la calidad suficiente para lograr la seguridad necesaria. Uno de los aspectos fundamentales a la hora de valorar la calidad del empleo es la salud laboral. Deben prevenirse los efectos en la salud que el trabajo pueda suponer. (María Pilar Collantes, 2012).

#### 1.6.5.4 Cambios financieros.

La crisis financiera internacional, la cual no sólo ha golpeado la bolsa de valores, el mercado inmobiliario, los bancos y deudores y hasta el pensamiento económico neoliberal, sino al ciudadano común de todas las naciones al sentir su impacto en el empleo y el consumo, lo cual repercutirá en la salud mental de la población ocasionando alteraciones en su medio, en su familia, en el trabajo y en su sexualidad. Además, existen cambios bruscos e inesperados en las personas financieramente activa estos pueden influenciar los niveles de estrés por querer equilibrar y mantener las finanzas en el balance deseado influyendo en el estado de animo de las personas.

### **1.6.6 Factores Individuales.**

#### 1.6.6.1 Conflictos conyugales

Los conflictos en la pareja generan problemas de salud en los miembros de la pareja y los hijos. Se analiza la situación de la pareja como institución en la sociedad actual, como se estructura interna y externamente la pareja, se repasan también las áreas de conflicto más comunes, qué y cómo se desencadenan, la forma que toman y como se resuelven. También se mencionan los avances que se han dado en la terapia cognitivo conductual de pareja en los últimos tiempos.

Un divorcio es la disolución de un matrimonio tras una sentencia judicial a petición de al menos uno de los cónyuges. Se trata de la ruptura del vínculo conyugal para la que no es necesario que las dos partes estén de acuerdo, sino que basta con que una de las dos partes lo solicite.

Una separación Interrupción de la vida conyugal, por voluntad de las partes, con o sin fallo judicial, sin que quede extinguido el vínculo matrimonial

#### 1.6.6.2 Antecedentes personales patológicos y no patológicos

La depresión a menudo coexiste con otras condiciones médicas como enfermedad cardiaca, derrame cerebral, y la enfermedad de Parkinson. Estudios han demostrado que las personas

que padecen depresión además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más graves, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas, a adaptarse con mayor dificultad a su condición médica, y a tener que afrontar costos médicos más altos que aquellas que no tienen depresión coexistente.

La depresión suele acompañarse a enfermedades crónicas porque afecta la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria y de disfrutar del trabajo, el tiempo libre, la familia y los amigos.

Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada, acompañan frecuentemente a la depresión. Las personas que padecen trastorno de estrés postraumático están especialmente predispuestas a tener depresión concurrente. El trastorno de estrés postraumático es una enfermedad debilitante que puede aparecer como resultado de una experiencia aterradora o muy difícil, tal como un ataque violento, un desastre natural, un accidente, un ataque terrorista, o un combate militar. (NIMH, 2009)

En el cáncer, la prevalencia de la depresión es de 25%, pero se presenta en 40 a 50% de los pacientes con cáncer del páncreas o la bucofaríngea. La caquexia extrema por cáncer puede malinterpretarse como depresión. Los antidepresivos en los sujetos con cáncer mejoran la calidad de vida, lo mismo que el estado de ánimo. La diabetes mellitus constituye otro factor que debe considerarse; la gravedad del estado de ánimo guarda relación con las cifras de hiperglucemia y las complicaciones diabéticas.

La depresión puede presentarse en caso de hipotiroidismo o hipertiroidismo, trastornos neurológicos, en personas seropositivas para VIH e individuos con hepatitis C crónica (la depresión se agrava tras el tratamiento con interferón). Algunos trastornos crónicos de origen incierto, como el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia, se vinculan en alto grado con la depresión. (Longo, 2013).

### 1.6.6.3 Pérdida de un ser querido.

Perder a un ser querido es una de las experiencias más angustiosas y, desafortunadamente, frecuentes que enfrentan las personas. La mayoría de las personas que padecen una aflicción y un duelo normal atraviesan un período de dolor, aturdimiento, e incluso culpa e ira. Gradualmente estos sentimientos se alivian, y es posible aceptar la pérdida y seguir adelante. Para algunas personas, los sentimientos de pérdida son debilitantes y no mejoran, incluso con el paso del tiempo. Esto se conoce como duelo complicado, a veces llamado «trastorno por duelo complejo persistente». En duelos complicados, las emociones dolorosas duran tanto y son tan intensas que les resulta difícil recuperarse de la pérdida y continuar con su propia vida.

Desde hace varios años diversos autores han defendido la idea de que para superar el duelo es necesario pasar por varias fases o etapas. No obstante, y siguiendo el planteamiento propuesto por J.W. Worden, el hecho de hablar de fases y/o etapas puede colocar a la persona en una posición pasiva frente a su dolor, donde no sea posible hacer nada más que esperar que se vayan sucediendo gradual o progresivamente dichas etapas. Por este motivo, este autor prefiere hablar de tareas del duelo, lo que sitúa al sujeto en una postura más activa de cara a la elaboración del mismo. Hablar de tareas implica que la persona puede hacer algo para manejar su dolor. Aunque esas tareas requieren un cierto esfuerzo.

La mayoría de la gente no necesita ayuda para elaborar su duelo. El problema viene cuando alguien no resuelve adecuadamente alguna de estas tareas y siente que no consigue seguir con su vida sin que la pérdida interfiera en ésta de manera significativa. Al principio del proceso de duelo es normal que ocurra esto, pero mantenido en el tiempo puede desembocar en un duelo patológico, complicado o no resuelto, que podría definirse como “la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución” (Horowitz, 1980).

## **1.6.7 Factores Familiares:**

### **1.6.7.1 Violencia intrafamiliar**

La violencia intrafamiliar es un problema social que afecta a innumerables personas, familias y a la sociedad en general. Se trata de un tipo de violencia que ocurre en el seno del hogar cuando un miembro perjudica de manera intencional la integridad física y psicológica de otro familiar. La familia es la organización más importante de la sociedad, esto se debe a que está compuesta por la alianza entre dos individuos, como el matrimonio o el concubinato, y porque también implica los lazos de consanguinidad.

La violencia intrafamiliar tiene una respuesta de estrés en sí misma no es perjudicial. Ha sido y es muy útil ante situaciones de amenaza. El problema se presenta cuando la reacción se da en forma frecuente, intensa o duradera. Esto mismo puede producir un deterioro de los recursos de la persona o de la familia, promoviendo diversos problemas o patologías asociadas al estrés (Crespo y Labrador, 2010). Al parecer una constante en los adultos maltratadores es el malestar psicológico generalizado (Milner, 1990).

Se ha considerado desde el comienzo de las investigaciones de maltrato infantil, que los padres y madres maltratadores padecen de sentimientos de inadecuación y baja autoestima (Anderson y Lauderdale, 1982).

La depresión es una de las emociones que se puede producir como consecuencia del estrés, aunque, plantea que también se presentan: ira, envidia, celos, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, alivio, esperanza, tristeza que son las emociones estresantes y felicidad, orgullo, amor, gratitud y compasión, las emociones de tono positivo y las condiciones relacionales que las rodea.

### **1.6.7.2 Antecedentes patológicos familiares**

La depresión, al igual que la mayoría de enfermedades que afectan al ser humano, tiene un componente genético y un componente ambiental. Esta enfermedad no sigue un patrón clásico de herencia mendeliana, sino que se considera que sigue un modelo de umbral de susceptibilidad.



Este modelo explica que hay una variable que es “susceptibilidad para desarrollar la enfermedad” y que ésta se reparte de forma continua en la población, de manera que solo los que superen un determinado umbral de esta variable manifestarán el trastorno.

Se cree que están involucrados una serie de genes de efecto menor, la expresión de los cuales podría estar modulada por un gran número de factores ambientales. Las personas con un historial familiar de trastorno depresivo tienden a estar en mayor riesgo a desarrollar la depresión

## **1.6.8 Enfermedades clínicas**

### **1.6.8.1 Hipertensión Arterial**

Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea por arriba de los límites 120/80mmHg sobre los cuales aumenta el riesgo cardiovascular. Según estudios los pacientes que peor controlaban su hipertensión tenían un riesgo seis veces mayor de sufrir depresión que las personas que tenían bajo control su presión arterial (Diario Medico, 2003). Es probable que los pacientes deprimidos no controlen bien su presión arterial debido a una pérdida de interés en su tratamiento y en los fármacos que emplean.

### **1.6.8.2 Diabetes mellitus**

La diabetes y la depresión están íntimamente relacionadas. Una enfermedad como la diabetes, que dura toda la vida, afecta la salud mental. La depresión, a su vez, dificulta encontrar la motivación para cuidarse la diabetes: es difícil hacer ejercicio, comer sano y completar otras tareas básicas cuando solo levantarse de la cama es un esfuerzo.

### **1.6.8.3 Asma bronquial**

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por obstrucción reversible al flujo aéreo e hiperreactividad de la vía aérea. La depresión es la psicopatología más frecuente en adultos, con cifras de prevalencia publicadas superiores al 16%. Los sentimientos de

depresión experimentados por algunos pacientes asmáticos podrían derivarse de una reducida capacidad física para sobrellevar actividades sociales, sexuales, lúdicas y vocacionales.

#### 1.6.8.4 Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Pacientes con VIH positivo, sufren cambios bruscos en su vida, principalmente cuando no están documentados sobre lo que conlleva esos resultados y empiezan una serie de emociones difíciles de sobrellevar. Según un estudio realizado la mayor incidencia está en aquellas personas que no cuentan con la ayuda de la familia, los desempleados son principalmente mujeres.

Los estudios muestran que las personas que están infectadas con VIH son más propensas a desarrollar depresión que la población en general. La depresión afecta la calidad y expectativa de vida de una persona, así como su capacidad para seguir un tratamiento para el VIH/SIDA. La depresión puede parecer una reacción inevitable después de recibir un diagnóstico de VIH/SIDA. Pero la depresión es una enfermedad independiente que puede, y debería ser tratada, incluso cuando una persona está recibiendo tratamiento para el VIH/SIDA.

#### 1.6.8.5 Tuberculosis pulmonar

La tuberculosis (TB) es una infección bacteriana causada por un germen llamado *Mycobacterium tuberculosis*. La bacteria suele atacar los pulmones, pero puede también dañar otras partes del cuerpo. La depresión sin tratar en las personas con tuberculosis se asoció con los peores resultados del tratamiento, una calidad de vida más pobre y mayor discapacidad.

## **1.6.9 Enfermedades psiquiátricas**

### **1.6.9.1 Trastorno antisocial**

El Trastorno de Personalidad Antisocial (TPAS) se caracteriza por una tendencia a la transgresión de las normas sociales, a la indiferencia patológica, el desprecio de los derechos de los demás a través de conductas irresponsables y antisociales. Para el diagnóstico de este trastorno, es necesario que el individuo tenga un historial de trastornos de la conducta antes de los 15 años e implique muchos aspectos de su vida, desde la adolescencia a la madurez (también hay elementos presentes durante la primera infancia).

### **1.6.9.2 Trastorno de la personalidad al límite**

El trastorno límite de la personalidad (TLP), o borderline, es una enfermedad caracterizada por la dificultad en la regulación de las emociones. Esta dificultad provoca cambios acusados en el estado de ánimo, impulsividad e inestabilidad, problemas de autoimagen, y relaciones interpersonales inestables. Pueden darse intentos frenéticos para evitar situaciones de abandono real o imaginario. El resultado combinado de vivir con trastorno límite puede manifestarse en un comportamiento destructivo, como la autolesión (cortes) o los intentos de suicidio.

### **1.6.9.3 Neuroticismo**

El neuroticismo, una característica de la personalidad que hace referencia a la dimensión de estabilidad/inestabilidad emocional de las personas, es un factor de riesgo de la depresión mayor. Se considera al individuo alto en neuroticismo como una persona con un tipo de sistema nervioso lábil y sobre-reactivo, una persona que reaccionan demasiado intensamente y demasiado persistentemente ante estímulos externos demasiados fuertes (1960).

Las personas normales tendrían un bajo nivel de neuroticismo. El neuroticismo acompañado de introversión daría lugar a trastornos de ansiedad, obsesiones y depresión y un neuroticismo acompañado de extraversión daría lugar a la neurosis histérica y a las personalidades psicopáticas.

#### 1.6.9.4 Distimia.

Trastorno depresivo persistente, también llamado distimia, una forma de depresión continua y a largo plazo (crónica). Es posible que se pierda interés en las actividades normales de la vida cotidiana, sentimiento de desesperanza, improductividad y baja autoestima, asociado a una sensación general de ineptitud. Estos sentimientos duran años y pueden afectar en gran medida las relaciones y el desempeño en la escuela, en el trabajo y en las actividades diarias.

El trastorno depresivo persistente en quienes lo padecen, hace difícil sentirse optimista incluso en ocasiones felices. Aunque este trastorno no es tan grave como la depresión mayor, el estado de ánimo deprimido puede ser leve, moderado o grave.

Debido a la naturaleza crónica del trastorno depresivo persistente, sobrellevar los síntomas de la depresión puede resultar difícil, pero una combinación de sesiones de terapia comunicativa (psicoterapia) y medicamentos puede ser eficaz para tratar esta afección.

#### 1.6.9.5 Trastornos psicóticos.

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones. Los delirios son falsas creencias, tales como la idea de que alguien está en su contra o que la televisión les envía mensajes secretos. Las alucinaciones son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe. La esquizofrenia es un tipo de trastorno psicótico.

#### 1.6.9.6 Abandono de un hijo

El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Los padres esperan que éstos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones paterno-filiales y originar sentimientos de indefensión y soledad.

Unas relaciones familiares pobres: La escasez de relación con los hijos percibida por los ancianos, tanto en cantidad como sobre todo en intensidad y calidad de afecto, representa un importante motivo de frustración en esta etapa.

## **1.7 Hipótesis.**

### **1.7.1 Hipótesis Alternativa**

La depresión diagnosticada en adultos que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle está asociada a múltiples factores socio-económicos, individuales y familiares tales como sexo femenino, bajo ingreso económico, y antecedentes familiares de enfermedades crónicas y psiquiátricas.

### **1.7.2 Hipótesis Nula**

La depresión diagnosticada en adultos que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle se debe a un factor de riesgo aislado, sea orgánico u ambiental, dentro del marco socio-económico, individual o familiar, sin relacionarse entre sí.

## **CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO**

### **2.1 Tipo de estudio**

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional y según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es analítico (Piura, 2012). La investigación se realizó con a un diseño observacional de casos y controles con enfoque cuantitativo, según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2014, retrospectivo y según secuencia en el tiempo es de corte transversal.

### **2.2 Área de Estudio**

El estudio se realizó en la Consulta externa de psiquiatría del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, ubicado en el Km 5 carretera Sur, Managua, Nicaragua, el cual es un Hospital de III nivel de atención, es de referencia nacional, tiene un total de 168 camas y presta los servicios de psicología, psiquiatría y trabajo social.

### **2.3 Universo**

El universo es 672 personas adultas que asistieron a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle. El dato fue obtenido por estimación de cifras en las estadísticas de atención diaria que ofrece el Hospital obtenidas del registro del año anterior en un período similar al de estudio.

## 2.4 Muestra

Tamaño de la muestra para estudios de casos-controles no pareados

Para:

Nivel de confianza de dos lados (1-alpha)	95
Potencia (% de probabilidad de detección)	80
Razón de controles por caso	2
Proporción hipotética de controles con exposición	40
Proporción hipotética de casos con exposición:	60
Odds Ratios menos extremas a ser detectadas	2.25

### Fleiss con CC

Tamaño de la muestra - Casos	80
Tamaño de la muestra - Controles	160
Tamaño total de la muestra	240

Con un intervalo de confianza del 95 %, la razón de controles por caso fue de 2:1.

Dado a la relevancia del aporte al estudio, se incluyeron 5 controles adicionales, con un total de 80 casos y 165 controles.

### Definición de casos

80 pacientes con diagnóstico de depresión que acuden a consulta externa en el periodo establecido. Este numero esta conformado con el total de pacientes que cumplieron los requisitos establecidos.

### Definición de controles

165 pacientes con ausencia de diagnóstico de depresión, considerándose controles especiales, dado a que fueron conformados por familiares y acompañantes de los pacientes contemplados en los casos.



## **Tipo de Muestreo**

Tipo no probabilístico por conveniencia, ya que las unidades de análisis serán seleccionadas de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.

## **Unidad de Análisis**

Personas adultas que acuden a consulta externa en el periodo establecido.

### **2.5 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes con estado mental estable en capacidad de participar.
2. Paciente con diagnóstico en el expediente.
3. Paciente que brinde su consentimiento.

#### **Criterios de exclusión:**

1. Pacientes con déficit del habla.
2. Pacientes menores de edad.
3. Pacientes que acuden a consulta externa por primera vez.

### **2.6 Técnica y Procedimientos**

Se solicitó autorización para hacer el estudio en el Hospital correspondiente a través de una carta emitida y firmada por las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-Managua. Una vez obtenida la aprobación, se procedió a la consulta de personas citadas en el área de consulta externa que tengan diagnóstico de depresión para aplicar encuesta a 245 pacientes que corresponden al total de la muestra para este estudio, para ello se toman dos casos por cada control.

Previo a la aplicación del instrumento, se realizó un ensayo o validación técnica del mismo por expertos en el campo de la psiquiatría, a fin de comprobar la eficiencia y eficacia del mismo. Se continuó convocando a la muestra explicando en qué consistía la ficha de investigación y se llevó a cabo la aplicación del instrumento. Este paso concluyó con la captación de las fichas contestadas, las cuales recogieron la información necesaria para el análisis de los resultados.

## **2.7 Plan de tabulación y análisis**

El presente estudio consta de cincuenta variables derivadas cada una de los objetivos específicos del tema de investigación, tales variables constituyen las características sociodemográficas de la población en estudio; los antecedentes patológicos familiares; los antecedentes patológicos y no patológicos de los pacientes en estudio; los acontecimientos vitales y el tipo de relación familiar y satisfacción con la vida de las personas que cursan con depresión.

A continuación se presenta el cruce de variables realizado:

1. Edad/ Depresión.
2. Sexo/ Depresión.
3. Estado civil/ Depresión.
5. Estatus socioeconómico/ Residencia.
6. Conflictos laborales/ antecedentes familiares patológicos clínicos.
7. Problemas económicos/Antecedentes patológicos personales psiquiátricos.
8. Perdida del trabajo/ Depresión.

9. Cambios financieros/ Separación.
10. Conflictos conyugales/ Divorcio.
11. Violencia intrafamiliares/ dificultades económicas.
12. Conflictos conyugales/ conflictos laborales.
13. Pérdida de un ser querido/ Violencia intrafamiliar.
14. Relación familiar/ Depresión.
15. Abandono de los hijos/ Depresión.

## 2.8 Enunciado de variables.

Objetivo específico	Variable
Caracterizar demográficamente a la población en estudio	Edad Sexo Estado civil Ocupación Estatus económico Residencia
Establecer los factores socioeconómicos relacionados con la depresión en los pacientes en estudios.	Conflictos laborales Problemas económicos Pérdida del trabajo Cambios financieros
Determinar los factores familiares relacionados con la depresión en los pacientes en estudio.	Conflictos conyugales Antecedentes personales patológicos psiquiátricos Antecedentes personales clínicos Pérdida de un ser querido

<p>Identificar los factores familiares relacionados con la depresión en los pacientes en estudio.</p>	<p>Violencia intrafamiliar  Antecedentes patológicos familiares psiquiátricos  Antecedentes patológicos familiares clínicos  Abandono de los hijos a sus padres</p>
---	---

## 2.9 Método de análisis de la información

Una vez transcurrido el período de recolección, los datos se introdujeron y procesaron en un ordenador para la creación de la correspondiente base de datos, lo cual se realizó en el programa informático Excel, del ambiente Windows, dado la docilidad que presenta para la manipulación de los datos.

Ya que las variables son cuantitativas se usaron estadígrafos de tendencia central y de dispersión. También se utilizó la base de OpenEpi versión 3 para obtención de los cálculos estadísticos tales como valor de la muestra, y tablas de 2x2 para obtención de OR, IC95% y valor de P, además se elaboraron tablas de datos en forma de gráficos de barra.

## Análisis bivariado

De acuerdo a la demanda definida en los objetivos específicos para estudios analíticos y predictivos, se realizaron los análisis inferenciales pruebas e hipótesis específicas tales como: Chi cuadrado para la hipótesis; para valorar el valor predictivo de las pruebas o escalas medicas se calculó el Odds Ratio (OR) diagnostico; haciendo uso de medidas de presión tales como el intervalo de confianza al 95% y tomando como referencia un valor de  $P < 0.05$ .

## 2.9 Operacionalización de variables

Objetivo 1: Caracterizar demográficamente a la población en estudio.

No	Variable	Definición	Indicador	Valor/Escala
1	Edad	Numero de años vividos desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años	18-25 26-35 36-45 46-55 60 >56
2	Sexo	Manifestaciones Fenotípicas de la persona	Fenotipo	Masculino Femenino
3	Ocupación	Actividad laboral que ejerce el encuestado	Tipo de trabajo realizado	Médico Maestro Albañil Enfermero
4	Estado Civil	Estatus legal en que se encuentra el encuestado	Estado	Soltero Casado Acompañado Divorciado

5	Estatus económico	Condición económica en que se encuentra el encuestado	Nivel de ingresos en córdobas	Bajo (<5,000) Medio (5,000-12,000) Alto (>12,000)
6	Residencia	Lugar geográfico en que se encuentra el encuestado	Área geográfica	Urbano Rural

Objetivo 2: Establecer los factores socio- económicos relacionados con la depresión en los pacientes en estudio.

No	Variable	Definición	Indicador	Valor/ Escala
1	Conflictos Laborales	Conflictos en el área del trabajo un empleado puede tener.	Acoso Burnout Mobbing	Si No



2	Problemas económicos	Situación caracterizada por la presencia de grandes variaciones en el nivel de producción, renta y empleo.	Deudas Embargo Pérdida de bienes mancomunados	Si No
3	Perdida del trabajo	Significa falta de empleo. Se trata de un desajuste en el mercado laboral.	Despido Renuncia	Si No
4	Cambios financieros	Estado de movimientos de fondo o estado de origen y uso de recursos.	Estafa Disminución del salario Robo Pérdida de propiedades	Si No

Objetivo 3: Determinar los factores individuales relacionados con la depresión en los pacientes en estudio.

N o	Variable	Definición	Indicador	Valor/ Escala
1	Conflictos conyugales	Serie acontecimientos problema que crean un desequilibrio emocional en una pareja	Infidelidad Abandono Divorcio Separación	Si No
2	Pérdida de un ser querido	Situación de duelo en los pacientes encuestados	Familiar Pareja Amistad	Si No
3	Antecedentes Patológicos	Enfermedades orgánicas que padece	Diabetes Hipertensión Arterial Tuberculosis Pulmonar Asma	Si No
4	Antecedentes patológicos personales psiquiátricos	Enfermedades psiquiátricas que padece o ha padecido el encuestado	Trastorno Límite de la personalidad Distimia Trastornos Psicóticos Otros	Si No

Objetivo 4: Identificar los factores familiares relacionados con la depresión en los pacientes en estudio.

No	Variable	Definición	Indicador	Valor/ Escala
1	Violencia intrafamiliar	Serie de eventos traumáticos procedentes del núcleo familiar	Lesiones Castigos desmesurados Abuso sexual Gritos Chantajes	Si No
2	Antecedentes Patológicos Familiares Clínicos	Enfermedades orgánicas que padece o ha padecido el encuestado.	Diabetes Hipertensión Arterial Tuberculosis Pulmonar Asma bronquial	Si No
3	Antecedentes patológicos familiares psiquiátricos	Enfermedades Psiquiátricas que padece o ha padecido el encuestado	Trastorno Límite de la personalidad Distimia Trastornos Psicóticos Otros	Si No
4	Conflictos laborales	Problemas que surgen en el entorno laboral del encuestado	Acoso Burn Out Mobbing Malos tratos	Si No

5	Adición de una persona a la familia.	Ingreso de un nuevo miembro familiar	Padraastro Madrastra Hermanastros Familiares en segundo grado	Si No
6	Abandono de un hijo	Situación en la cual los padres esperan responsabilidad durante algún escenario por parte de los hijos, no obstante, estos no lo hacen.	Hijo Hija	Si No

## **2.10 Aspectos éticos**

La Ley No 423, Ley General de Salud, en el artículo 8, numerales 4, 8 y 9; el Decreto No. 001 – 2003 y el Reglamento de la Ley General de Salud, en el artículo 7, numerales 8, 11 y 12; y en el artículo 9, numeral 1 que aborda el consentimiento informado del paciente.

El/la paciente encuestado/a debe de ser informado/a de manera completa el llenado de la ficha a realizarse. El usuario tiene el entero derecho a realizar cualquier pregunta acerca del propósito de la encuesta o inconvenientes al realizar el llenado del cuestionario. El cuestionario se mantuvo en anonimato, se realizó de manera voluntaria y, así mismo, con confidencial de los datos, con el propósito, de que el encuestado quedara satisfecho con la información recibida por parte de los estudiantes de medicina de la UNAN-Managua, a sabiendas que este es un estudio meramente académico-educativo; y que aceptara a la realización del estudio con plena libertad y confianza, asegurando así el principio de la autonomía de la bioética.

### CAPITULO III: RESULTADOS

Del total de pacientes que conformaron la muestra, en relación al sexo se encontró que los casos el 65.4% son mujeres y 34.6% son hombres y controles 73.6% son hombres y 21.4% son mujeres. Las mujeres con un OR de 5.068, valor de  $P < 0.0000001$  y Chi cuadrado 33.22. Los hombres con un OR de 0.1973 valor de  $P < 0.0000001$ , Chi cuadrado 33.22. Ver anexo tabla número 1.

En relación a la edad de los pacientes en cuanto a los casos de 20-29 un 15%, 30-39 21%, 40-49 19%, 50-59 34%, mayores de 60 un 11%. En los controles 20-29 13.6%, 30-39 30.5%, 40-49 21%, 50-59 31.5% y mayores de 60 con 3.1%. En la edad de 20-29 con un OR de 0.6218 valor de  $P 0.4120$ , Chi cuadrado 0.04949. De 30-39 OR de 0.8577, valor de  $P 0.6805$ , Chi cuadrado 2.222, de 40-49 valor de OR 0.8577, valor de  $P 0.3269$ , Chi cuadrado 0.2011, de 50-59 OR de 1.107 valor de  $P 0.3628$ , Chi cuadrado 0.1232, mayor de 60 años OR 4.03, valor de  $P 0.004671$ , Chi cuadrado 6.756. Ver anexo en tabla número 2.

Con respecto al estado civil de los casos encontramos que los solteros 38.5%, acompañados 15.4%, casados 7.8%, divorciados 34.6% y viudos 3.8% en los casos. Los controles solteros 26.3%, acompañados 30.5%, casados 34.7%, divorciados 5.2% y los viudos 3.1%. Con OR los solteros de 1.089, valor de  $P 0.02125$ , Chi cuadrado 4.115, acompañados OR 0.4073, valor de  $P 0.004889$ , Chi cuadrado 6.675, casados OR 0.1546, valor de  $P 0.000002785$ , Chi cuadrado 20.63, divorciado OR 9.408, valor de  $P < 0.0000001$  Chi cuadrado 37.52, viudos OR 1.032, valor de  $P 0.4823$ , Chi cuadrado 1.001966. Ver anexo en la tabla número 3.

En los casos relacionados con la residencia de los pacientes los casos, urbano 88.5% y rural 15.5%, en los controles urbano 81.7% y rural 18.3. Urbano con OR 0.8001, valor de  $P 0.3482$ , Chi cuadrado 0.2235, rural OR 1.25, valor de  $P 0.3182$ , Chi cuadrado 0.2235. Ver anexo en tabla número 4.

Con los ingresos mensuales en los casos menos de 5,000 40%, 5,000-12,000 un 28%, más de 12,000 con 32%, en los controles menos de 5,000 con 24%, 5,000-12,000 56%, más de 12,000 20%. Menos de 5.000 OR 2.077, valor de  $P 0.005558$ , Chi cuadrado 6.447 de 5,000-

12,000 OR 0.3025, valor de P 0.00001603 Chi cuadrado 17.29, más de 12,000 OR 1.92, valor de P 0.1594, chi cuadrado 4.615. Ver anexo tabla número 5.

Se encontró que, en los conflictos laborales en los casos, el acoso 15.4%, OR 1.089, valor de P 0.4120, Chi cuadrado 0.04949, burnout 50% OR 5.303 valor de P <0.0000001, Chi cuadrado 32.1, mobbing 15.4% OR de 3.225, valor de P 0.005215, Chi cuadrado 6.56, con ningún conflicto 15.4%, OR 0.2945, valor de P 0.0001536, Chi cuadrado 13.03, presión laboral 3.8% OR 0.1896, valor de P 0.0004189, Chi cuadrado 11.16. En relación a los controles, el acoso 14%, Burnout 16%, mobbing 11%, ningún conflicto 38% y presión laboral 21%. Ver anexo en tabla 6.

En cuanto a la situación económica de los casos, los que tienen deuda tienen 65.4% OR 1.7, valor de P 0.03151, Chi cuadrado 3.456, embargos 0%, OR 0, valor de P 0.1127, Chi cuadrado 1.473, pérdida de bienes mancomunado 3.8% OR 0.8064, valor de P 0.3964, Chi cuadrado 0.06771, sin ninguna 26.9% OR 1.5702, valor de P 0.02791, Chi cuadrado 3.657; los controles en deuda 55.8%, embargo 2.1%, pérdida de bienes mancomunado 2.1%, con ningunos 40%. Ver tabla número 7.

En la pérdida de trabajo de los casos 64.6% ha perdido su trabajo con OR 4.77, valor de P <0.0000001, Chi cuadrado 30.93 y el 35.4% no con OR 0.2097, valor de P <0.0000001, Chi cuadrado 30.94, y en los controles 28% ha perdido su trabajo y el 72% no. Ver anexo tabla número 8.

En cuanto al cambio de estado financiero de los casos ha tenido disminución del salario un 32% OR 3.895, valor de P 0.0001861, Chi cuadrado 12.67, robo 4% OR 1.256, valor de P 0.006619, Chi cuadrado 6.137, estafa 4% OR 0.5543, valor de P 0.1757, Chi cuadrado 0.8685, pérdida de la propiedad 0% OR, valor de P, Chi cuadrado 0 y el 60% no ha tenido cambios de estado financiero, OR 0.9105 valor de P 0.3794, Chi cuadrado 0.09425 los controles 10% ha tenido disminución de salarios 14.6% ha sufrido robo, 7.4% estafa, 0% ha perdido alguna propiedad y 68% no ha tenido cambios. Ver anexo en tabla número 9.

En relación al maltrato intrafamiliar los casos 40% maltrato físico OR 2.655, valor de P 0.0004419, Chi cuadrado 11.06, 32% psicológico OR 2.684, valor de P 0.0008549, Chi cuadrado 9.838, 16% maltrato sexual OR 1.603, valor de P 1.1706, Chi cuadrado 0.906, 12% ningún tipo de maltrato OR 0.2351, valor de P 0.00004144, Chi cuadrado 15.49. En los controles 20% ha tenido maltrato físico, 15% psicológico, 7% maltrato sexual, 58% ningún tipo de maltrato. Ver anexo tabla número 10.

Con la muerte de un ser querido en los casos 71.7%% ha presentado muerte de un ser querido OR 2.783, valor de P 0.0003385, Chi cuadrado 11.55 y 28.3% no ha perdido ningún ser querido OR 0.3594, valor de P 11.55, Chi cuadrado 0.0003385; los controles 47.3% ha tenido muerte de un ser querido y 52.7% no ha tenido muerte de un ser querido. Ver anexo tabla 11.

Relacionado con los conflictos conyugales en los casos, el 50.5% ha presentado OR 2.738, valor de P 0.0001541, Chi cuadrado 12.02 y 49.5% no ha tenido OR 0.3653, valor de P 0.0001541, Chi cuadrado 13.02. En los controles 27% ha tenido algún tipo de conflicto conyugales y 73% no ha presentado. Ver anexo tabla número 12. En los casos de enfermedades crónicas 56% padece alguna enfermedad crónica, OR 1.815, valor de P 0.02065, Chi cuadrado 4.164 y el 44% no tiene ninguna OR 0.5509, valor de P 0.02065, Chi cuadrado 4.164; en los controles 47.3% tiene alguna enfermedad crónica y 52.7% no padece ninguna. Ver anexo tabla número 13.

Respecto a enfermedades agudas, los casos presentaron 72.6%, OR 3.623 valor de P 0.00001049, Chi cuadrado 18.1 y el 27.4% dijeron no presentar ninguna, OR 0.5509, valor de P 0.02065, Chi cuadrado 4.164, los controles 42.2% ha presentado alguna enfermedad aguda y el 57.8 % no ha presentado alguna enfermedad aguda. Ver anexo tabla número 14.

En los casos de familiares con enfermedad crónicas, 69.2% presenta algún familiar OR 3.729, valor de P 0.000001491, Chi cuadrado 21.83 y el 30.8% no tienen ningún familiar con enfermedades crónicas con OR 0.2681, valor de P 0.000001491, Chi cuadrado 21.83 y en los controles 37% tiene familiares con enfermedades crónicas y el 73% no tiene. Ver anexo tabla número 15.



Los familiares con enfermedades psiquiátricas, los casos el 48% tienen, OR 1.96, valor de P 0.007570, Chi cuadrado 5.924 y el 52% no tienen, OR 0.5101, valor de P 0.007470, Chi cuadrado 5.924. En los controles 37% tiene algún familiar con enfermedades psiquiátricas y 63% no tiene. Ver anexo tabla número 16.

En cuanto a la adición de personas a la familia en los casos 76% dijo que sí con OR 11.84, valor de P <0.0000001, Chi cuadrado 69.1 y el 24% no con OR 0.08445, valor de P <0.0000001, Chi cuadrado 69.21, en los controles 20% contestó que sí, y 80% no. Ver anexo tabla número 17. En los casos de abandono de un hijo 15.4% presentado abandono de un hijo OR 18.25, valor de P <0.000000, Chi cuadrado 84.76 y el 84.6% no OR 0.548, valor de P <0.0000001, Chi cuadrado 84.76, en los controles 9.5% presentó abandono de un hijo y 90.5% dijo que no. Ver anexo tabla número 18.

En los casos relacionados con aumento de discusiones familiares 69.2% presento aumento, OR 2.516, valor de P 0.0009969, Chi cuadrado 9.555 y 30.8% no presentó. En los controles 47.4% presentó aumento de las discusiones y el 52.6% no primero ninguna. Ver anexo tabla número 19.

## CAPITULO IV: DISCUSION Y ANALISIS

El presente estudio de casos y controles, muestra en relación al sexo que ser mujer representa un factor de riesgo para padecer depresión, con un OR de 5.06 (2.866, 9.103. IC95%) Este valor difícilmente puede ser explicado al azar, con un valor de P inferior a 0.05 (ver tabla 1). Esto concuerda con el estudio realizado por Blanco, F. en el año 2011 en el HMADB, Nicaragua. Dicho estudio mostro un valor de OR de 4.85. Esta asociación es debida a factores hormonales durante los cambios premenstruales, abortos espontáneos, período post parto, menopausia, entre otros; además de factores estresores adicionales, tales como responsabilidad en el trabajo y hogar, maternidad sola, cuidado de hijos y familia, etc.

Referente a la edad, se encontró como factor de riesgo rangos superiores a los 60 años, con un OR de 4.03 (1.302, 13.7, IC95%), esto con un valor de p inferior a 0.05 (ver tabla 2). En el estudio de Calderón, D. en el año 2019 en Lima, Perú, se encontró una asociación significativa entre depresión y dependencia para realizar actividades de la vida diaria, y este grupo poblacional, debido a las características socioculturales de nuestro país y el estilo de vida, suele desarrollar mayores complicaciones en el estado de salud en comparación a países del primer mundo. Además, en los antecedentes citados para este estudio, las personas estaban en rangos de edad superiores a los 60 años.

El estado civil de la persona muestra como factor de riesgo el estar divorciado, con un OR de 9.4 (4.252, 22.3, IC95%), mientras la unión libre (OR 0.4) y estar casado (OR 0.1) se muestran como un factor protector, estos valores no pueden ser explicados al azar, ya que presentan un valor de P inferior a 0.05 (ver tabla 3). En el estudio de Pando Moreno, M. et al, en Guadalajara, México, 2017, muestra como factor de riesgo la viudez con un OR de 3.16. En los antecedentes utilizados, al ser estudios en población geriátrica, la mayoría de los individuos se encontraban en la viudez. No obstante, en el estudio de Bastida Gonzales, R. et al, se encontró que los participantes del estudio que estaban separados obtuvieron mayores niveles de depresión que los participantes casados.

La residencia urbana en los casos comprende un 88.5% del total, y los controles un 81.7%, mientras la residencia rural comprende una abismal minoría. No obstante, se debe mencionar

que el Hospital Psicosocial está localizado en una región urbana de la capital del país, y lamentablemente la salud mental y, en este caso la depresión, no suele ser un motivo de referencia común. Además, el valor de p para ambos valores fue de 0.3, por lo que ambas variables se consideran independientes. Jiménez, en el año 2009 menciona que los datos respecto a la procedencia urbana y rural son contradictorios, sin embargo, suele ser menos frecuente en el ámbito rural que en el urbano.

En el estudio se preguntó a los encuestados el rango monetario de ingresos mensuales, encontrándose en ingresos menores a C\$5,000 córdobas con un OR de 2.07 (1.168, 3.692, IC95%), de C\$5,000- C\$12,000 córdobas un OR de 0.30 (0.1671, 0.5363, IC 95%), y de más de C\$12,000 córdobas a un OR de 1.92 (1.043, 3.524, IC95%) (ver tabla 5). El estudio realizado por Blanco, F. en el año 2011, Nicaragua menciona que una persona con pobre ingreso familiar (ajustado e insuficiente) tiene 1.86 veces más probabilidad de desarrollar depresión, esto en comparación a los rangos empleados en este estudio con OR similares.

Los conflictos laborales suelen ser frecuentes, en el 50% de los participantes fue descrito como presente el síndrome de Burnout, con un OR de 5.3 y un valor de p inferior a 0.05, lo que nos dice que las personas que sufren esta condición tienen 5.3 veces más riesgo de presentar depresión que quienes no lo padecen, y se puede afirmar que ambas variables están relacionadas con un 95% de confianza. En el estudio de Quintero, S. et al, Colombia 2020, se encontró que quienes reportaron agotamiento emocional (17.6%) y despersonalización (82.4%) (Fases del burnout), presentaron de manera estadísticamente significativa mayor proporción de síntomas depresivos.

A su vez, la tabla 6, nos muestra que los pacientes que refirieron haber sufrido de mobbing, tienen 3.22 veces más riesgo de padecer depresión (1.254, 8.643, IC95%). Este valor difícilmente puede ser explicado al azar, con un valor de P inferior a 0.05. En el estudio de Harasemiuc, V. et al, España, se encontró un OR de 6.29 en cuanto a pacientes que sufrieron de mobbing y que presentaron síntomas depresivos. El riesgo encontrado fue mayor, dado a

que la revisión incluyó artículos que fueron realizados en trabajadores del grupo de mayor incidencia en cuanto a afectaciones mentales y estrés laboral.

Además, la tabla 6 muestra como factor protector el hecho de tener presión laboral (OR 0.18, 0.05558, 0.5159 IC95%), esto con un valor de P inferior a 0.05. La capacidad de desarrollar determinadas tareas profesionales bajo condiciones adversas manteniendo un ritmo de eficaz, es lo que se conoce como trabajar bajo presión. La buena gestión del trabajo bajo presión optimiza la capacidad del trabajador y la agilidad mental. Elisa Sánchez, psicóloga experta en riesgos laborales, afirma que “la relación entre la activación y el rendimiento es una U invertida. Poca motivación: poco rendimiento. Motivación media: alto rendimiento, y demasiada presión: bajo rendimiento”. Hay que buscar, según estos expertos, un término medio.

Respecto a la situación económica de los pacientes, se encontró que aquellos que enfrentan deudas tienen 1.7 veces más riesgo de padecer depresión (0.97, 0.021 IC95%) respecto a aquellos que no las tienen (OR 0.5702, IC95% 0.3145, 0.015). El estudio realizado por la antropóloga Elizabeth Sweet, que estudia la relación entre las deudas y la salud en la Universidad de Massachusetts, en 2014 encontró que las deudas podrían contribuir al desarrollo de una salud precaria. Los hallazgos mostraron que reportar una deuda financiera alta en relación con los activos disponibles se asocia con una mayor percepción de estrés y depresión, y un peor estado general de salud.

La pérdida del empleo obtuvo un OR de 4.77 (2.704, 8.541 IC95%), los datos difícilmente pueden ser explicados al azar, con un valor de P inferior a 0.05. El estudio realizado por Blanco, F. en el año 2011 en el HMADB, Nicaragua, refiere que una persona desempleada o jubilada tiene 2.43 veces más riesgo de padecer depresión. El riesgo encontrado fue menor comparado a este estudio, no obstante, puede deberse a que su universo fue tomado de pacientes con acceso a la seguridad social, y dicha atención suele vincularse a un trabajo, o bien al trabajo de algún familiar. El sector público abarca mayor número de población la cual no tiene acceso a una consulta privada o previsual.

En los cambios del estado financiero destaca la disminución del salario, en donde quienes atraviesan dicha situación tienen un riesgo 3.8 veces más de padecer depresión que quienes no la atraviesan (1.805, 8.909 IC95%), esto con un valor de p inferior al 0.05. En el estudio de Borda, M. et al, Colombia, 2013, evidencia que los ingresos económicos menores a un salario mínimo legal actual representan 3.25 veces más riesgo de padecer depresión. Además, pacientes que sufrieron de robo, muestran un OR de 1.25 (0.07003, 0.7761 IC95%) (Ver tabla 9).

El maltrato intrafamiliar de manera frecuente, intensa y duradera puede producir depresión como consecuencia del estrés. El maltrato físico obtuvo un OR de 2.65 (1.471, 4.807 IC95%), y el maltrato psicológico un OR de 2.66 (1.421, 5.09 IC95%). Estos datos difícilmente pueden ser explicados al azar. El estudio de Fresco, M. et al, Paraguay, 2018, encontró que el 58.8% de los participantes de su estudio que sufrieron de violencia psicológica, padecían depresión, así como el 62% de los participantes que sufrían violencia física, constatando así la vinculación de ambas variables.

Por otro lado, la pérdida de un ser querido muestra un riesgo 2.78 veces mayor de padecer depresión, que quienes no han sufrido una (1.53, 5.127 IC95%), dicho valor tiene relevancia clínica. El 30.4% que refirieron sufrir dicha pérdida fue en el mismo año del estudio, y 17.4% en el año anterior (2019). Para algunas personas los sentimientos de pérdida son debilitantes, y no mejoran con el paso del tiempo. Cabe destacar que el estudio se llevó a cabo durante la pandemia de covid-19, y las pérdidas humanas fueron considerables.

En lo que respecta a los conflictos conyugales se evidencia un OR de 2.73 (1.566, 4.81 IC95%), lo que indica que aquellos que presentan dichos conflictos tienen 2.7 veces más riesgo de padecer depresión. Blanco, 2011 menciona que el 23.8% de su muestra que tenían conflictos conyugales, también padecían depresión.

Por otro lado, la adición de una nueva persona al núcleo familiar muestra un aumento de 11.84 veces más de padecer depresión (6.349, 22.74, IC95%), y el abandono de un hijo, a su vez, representa un aumento de 18.25 veces más para padecer este trastorno (9.179, 37.81,

IC95%). El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Los padres esperan que éstos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones paterno-filiales y originar sentimientos de indefensión y soledad.

El padecer una enfermedad crónica muestra un riesgo 1.8 veces más de padecer depresión respecto a un individuo relativamente sano (1.018, 3.257, IC95%). En el estudio de Dueñas, Y., Valdez, S., en el año 2018 en Perú, el 76,2% de adultos mayores padecían de depresión porque tenían una enfermedad crónica degenerativa que no les permitía realizar sus actividades cotidianas. En cuanto a enfermedades agudas, se obtuvo un OR de 3.6 (1.981, 6.731, IC95%). Estos datos difícilmente pueden ser explicados al azar ya que tienen un valor de P inferior a 0.05. En el estudio de Blanco, 2011, menciona que la depresión asociada a enfermedades médicas puede reflejar estrés psicológico al enfrentarla, mostrando 6 veces más riesgo de padecer depresión, que un paciente que no tenga comorbilidades. El riesgo encontrado fue superior, ya que se tomó en conjunto las variables de enfermedades crónicas y agudas.

Por otra parte, el tener un familiar con alguna enfermedad psiquiátrica presenta 1.96 veces más riesgo de padecer depresión (1.131, 3.406, IC95%), tener un familiar con enfermedades crónicas presenta 1.96 veces más riesgo de padecerla (1.131, 3.406, IC95%). El estudio de Blanco, 2011 mostró que una persona con la presencia de factores familiares tiene 13.5 veces más probabilidad de desarrollar depresión en relación a la que no los tiene. El riesgo fue mayor en el estudio citado ya que se relacionaron los factores familiares englobados en un solo acápite.

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES**

1. En la población estudiada el grupo de mayor riesgo corresponde al sexo femenino, en rango de edad superior a los 60 años, con estado civil de riesgo el ser divorciado o viudo.
2. La presencia de conflictos laborales y aparición en su mayoría del síndrome de Burnout y mobbing, muestran especial relevancia en relación a padecer depresión, así como un pobre ingreso familiar, deudas y desempleo.
3. Además, factores tales como pérdida de un ser querido, conflictos conyugales, maltrato intrafamiliar físico y psicológico, presencia de enfermedades médicas, y antecedentes familiares de enfermedades crónicas y psiquiátricas muestran especial relación como factores de riesgo para padecer depresión.
4. Con un nivel de significancia de 0.05, se acepta la hipótesis alternativa. Entonces se concluye: la depresión diagnosticada en adultos que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle está asociada a múltiples factores socio-económicos, individuales y familiares tales como sexo femenino, bajo ingreso económico, y antecedentes familiares de enfermedades crónicas y psiquiátricas.

## **CAPITULO VI: RECOMENDACIONES**

1. Pacientes con edad igual o superior a los 60 años con antecedentes de viudez y/o divorcio, se recomienda continuar el estudio y aumentar el tamaño de la muestra.
2. Detectar a tiempo signos de burnout y mobbing, emplear estrategias en los ámbitos laborales para el control y prevención de éstos, acompañado de estudios específicos que afirmen la existencia de estos síndromes.
3. Las personas que se encuentran en periodo de duelo o son víctimas de violencia intrafamiliar deben acudir a especialistas en psicología y psiquiatría, además de comenzar procesos legales para el control de casos de violencia doméstica.
4. Aquellos con antecedentes familiares de enfermedades crónicas, psiquiátricas y psicológicas se deben considerar pacientes con alto riesgo de presentar depresión, tomar en cuenta somatización de enfermedades. Se recomienda valoración psicológica y/o psiquiátrica.



## BIBLIOGRAFÍA

Alonso, Z. (2011). Estadísticas de depresión.

Arasemiuc, V., Diaz, J. (2013). Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. Madrid, España.

Argente, A. (2013). Semiología Médica. Editorial panamericana.

Bastida Gonzalez, R. et al. (2017). Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. Revista Argentina de Clínica Psicológica. Buenos Aires, Argentina.

Capuna y Chafloque, J., & Figueroa Alvarado, M. y. (1996). Depresión en el adulto mayor: Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Revista Médica Herediana.

Diario Medico. (2003). Obtenido de [cuidateplus.marca.com/enfermedades-vasculares-del-corazon/2003/04/29/hipertensos-depresion-controlan-peor-presion-arterial-4338.html](http://cuidateplus.marca.com/enfermedades-vasculares-del-corazon/2003/04/29/hipertensos-depresion-controlan-peor-presion-arterial-4338.html)

Díaz, L., Torres, B., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I., & Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. La Habana, Cuba.

EVANS, C. &. (2007). Criterios para el trastorno depresivo.

Fresco MP, Arrom C, Arrom Suhurt CM, Arrom MA, Capurro M. Violencia y síntomas depresivos en estudiantes de Psicología. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2018; 16(1): 39-44

Jiménez, P. y. (2009). Depresión y su entorno.

Longo. (2013). Uso de corticoides en la práctica clínica. México.

M. Pando Moreno, C. A. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana.

Organización mundial de la salud. (2017). Depresión en las Américas.

González, M. M. (2015). Factores asociados a la depresión en el adulto mayor. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor, 55-67.

María Pilar Collantes, J. I. (2012). La salud mental de los trabajadores. Bilbao: La Ley.

Miller, W. &. (2021). Introducción a los trastornos del estado de ánimo. Mental Health America, 23.

Organización Panamericana de la Salud. (2019). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad.

Pichot, L. &. (2000). Principios de psiquiatría Medica.

Quintero, S. & Hernandez, J. (2020). Síntomas de depresión asociados al síndrome de burnout y a condiciones socio-laborales de docentes de colegios públicos de Envigado (Colombia).

Sweet, E., DuBois, Z. (2014). The Unequal Burden of Debt and Its Impact on Health. Massachusetts, Boston, USA.

Toro Greiffenstein, Y. R. (2010). Depresión y como clasificarlo.

U. Penayo, T. C. (1997). Prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, León, Nicaragua.

Velásquez, U. (19 de marzo de 2017). 4.2% de nicas padecen de depresión. El NuevoDiario.

## **ANEXOS**

### **Instrumento de recolección**

#### **Encuesta**

Este cuestionario pretende identificar los factores que se asocian en la aparición de trastornos depresivos en pacientes que acuden a consulta externa de psiquiatría para su posterior análisis. El cuestionario es anónimo, voluntario y confidencial cuyo estudio será llevado a cabo por estudiantes de medicina de la UNAN-Managua.

Por favor, responda todas las preguntas encerrando la letra correspondiente a su respuesta.

#### **Sección 1: Factores demográficos.**

1. Sexo: \_\_\_\_\_
  
2. Edad: \_\_\_\_\_
  
3. Ocupación: \_\_\_\_\_
  
4. Estado civil:
  - a) Soltero
  - b) Acompañado
  - c) Casado
  - d) Divorciado
  - e) Viudo
  
5. Residencia:
  - a) Urbano
  - b) Rural

## Sección 2: Factores socio-económicos

1. ¿Podría usted especificar la cantidad mensual de sus ingresos?
  - a) <5,000
  - b) 5,000-12,000
  - c) 12,000
  
2. ¿En algún momento de su historial laboral ha sufrido de los siguientes conflictos laborales?
  - a) Acoso
  - b) Burnout (es un estado de agotamiento mental, emocional y físico que se presenta como resultado de exigencias agobiantes)
  - c) Mobbing (se produce en el ámbito laboral, se refiere a todas aquellas acciones encaminadas a intimidar, vejar o degradar)
  - d) Otros
  - e) Ninguno
  
3. Encierre en un círculo. ¿Cuál de las siguientes situaciones usted actualmente está viviendo?
  - a) Deudas
  - b) Embargos
  - c) Perdida de bienes mancomunados
  - d) Otros
  - e) Ninguno
  
4. ¿Perdió su trabajo recientemente?
  - a) Si
  - b) No
  
5. ¿Está usted cruzando por un cambio en el estado financiero?
  - a) Disminución del salario
  - b) Robo
  - c) Estafas
  - d) Perdida de propiedades
  - e) Otro

### Sección 3: Factores Individuales.

1. ¿Ha sufrido usted uno de los siguientes maltratos intrafamiliares?

- a) Física
- b) Psicológica
- c) Sexual
- d) Ninguna
- e) Otra

2. ¿Usted ha sufrido alguna pérdida o muerte de un ser querido?

\_\_\_\_\_

Especifique el año del fallecimiento: \_\_\_\_\_

3. Encierre en un círculo. ¿Usted ha sufrido uno de los siguientes conflictos conyugales?

- a) Infidelidad
- b) Abandono
- c) Divorcio
- d) Otros

4. ¿Usted sufre de alguna enfermedad Crónica?

- a) Hipertensión arterial
- b) Diabetes
- c) Otra

Especifique: \_\_\_\_\_

5. ¿Sufre usted de alguna enfermedad o ha tenido algún daño a su salud?

Especifique: \_\_\_\_\_

#### Sección 4: Factores familiares

1. ¿Tiene usted un familiar con alguna enfermedad crónica?

- a) Hipertensión arterial
- b) Diabetes
- c) Asma bronquial
- d) Tuberculosis pulmonar
- e) Otra

Especifique: \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene usted un familiar con alguna enfermedad psiquiátrica?

Depresión

Distimia

Trastorno Psicóticos

Otra

Especifique: \_\_\_\_\_

3. Recientemente ¿ha habido adición de una nueva persona a la familia?

- a) Si
- b) No

4. Recientemente ¿ha sufrido el abandono de un hijo?

- a) Si
- b) No

5. ¿Usted cursa por un momento de aumento de las discusiones familiares?

- a) Si
- b) No

¡Muchas gracias por tu participación!

Nos has sido de mucha ayuda....

## Tablas

Tabla 1

Sexo de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Sexo	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Mujer	52	65.4	44	21.4	5.068	<0.0000001	2.866, 9.103
Hombre	28	34.6	121	73.6	0.1973	<0.0000001	0.1098, 0.3489

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 2

Edad de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Edad	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
>60	9	11	5	3.1	4.03	0.004671	1.302, 13.7
50-59	27	34	52	31.5	1.107	0.3628	0.6219, 1.952
40-49	15	19	35	21	0.8577	0.3269	0.4271, 1.672
30-39	17	21	50	30.5	0.8577	0.06805	0.4271, 1.672
20-29	12	15	23	13.6	0.6218	0.4120	0.3244, 1.159

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 3

Estado Civil de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Estado Civil	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Soltero	31	38.5	43	26.3	1.089	0.0212	0.4969, 2.3075
Acompañado	12	15.4	50	30.5	0.4073	0.0048	0.1957, 0.805289
Casado	6	7.8	57	34.7	0.1546	0.0000	0.05776, 0.3602785
Divorciado	28	34.6	9	5.2	9.408	<0.000	4.252, 22.30001
Viudo	3	3.8	6	3.1	1.032	0.4823	0.2061, 4.26

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 4

Residencia de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Residencia	Casos F		Controles F		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Urbano	84	88.5	86	81.7	0.8001	0.3182	0.3048, 2.06
Rural	11	11.5	9	18.3	1.25	0.3182	0.4855, 3.28

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial



Tabla 5

Ingresos mensuales de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial  
José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Ingresos mensuales	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
< C\$5000	32	40	40	24	2.077	0.005558	1.168, 3.692
C\$5000-12000	22	28	92	56	0.3025	0.00001603	0.1671, 0.5363
> C\$12000	26	32	33	20	1.92	0.01594	1.043, 3.524

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 6

Conflictos laborales de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial  
José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Conflictos laborales	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Acoso	12	15.4	23	14	1.089	0.4120	0.4969, 2.307
Burnout	40	50	26	16	5.303	<0.0000001	2.902, 9.833
Mobbing	12	15.4	18	11	3.225	0.005215	1.254, 8.643
Ninguno	12	15.4	62	38	0.2945	0.0001536	0.1425, 0.5768
Presión Laboral	4	3.8	36	21	0.1896	0.0004189	0.05558, 0.5159

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 7

Situación económica de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Situación económica	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Ninguno	22	26.9	66	40	0.5702	0.02791	0.3145, 0.015
Embargos	0	0	3	2.1	0	0.1127	0.0, 3.535
Perdida de bienes mancomunados	3	3.8	3	2.1	0.8064	0.3974	0.1344, 4.839
Deudas	55	65.4	93	55.8	1.7	0.03151	0.97, 0.021

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 8

Perdida de trabajo de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Perdida del trabajo	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Si	52	64.6	46	28	4.77	<0.0000001	2.704, 8.541
No	28	35.4	119	72	0.2097	<0.0000001	0.1171, 0.3698

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 9

Cambio del estado financiero de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Cambio del estado financiero	Casos F	Casos %	Controles F	Controles %	OR	Valor de P	IC 95%
Disminución de salario	30	3	10	10	3.895	0.0001	1.805, 8.909
Robo	4	4	14	14.6	1.256	0.0066	0.07003, 0.7761
Estafa	4	4	7	7.4	0.554	0.1757	0.1379, 1.981
Perdida de propiedades	0	0	0	0	0	0	0
Ninguno	62	6	64	68	0.910	0.3794	0.4963, 1.668

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 10

Maltrato intrafamiliar de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Maltrato intrafamiliar	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Físico	32	40	33	20	2.655	0.0004419	1.471, 4.807
Psicológico	26	32	25	15	2.684	0.0008549	1.421, 5.09
Sexual	13	16	12	7	1.603	0.1706	0.6011, 4.547
Ninguno	9	12	95	58	0.2351	0.00004144	0.1038, 0.4911

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 11

Muerte de un ser querido de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Muerte de un ser querido	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Si	68	71.7	45	47.3	2.783	0.0003385	1.53, 5.127
No	27	28.3	50	52.7	0.3594	0.0003385	0.195, 0.6536

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 12

Conflictos conyugales de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Conflictos conyugales	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Si	40	50	44	27	2.738	0.0001541	1.566, 4.81
No	40	50	121	73	0.3653	0.0001541	0.2079, 0.6384

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 13

Enfermedades Crónicas de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Enfermedades Crónicas	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Si	44	56	73	47.3	1.815	0.02065	1.018, 3.257
No	36	44	92	52.7	0.5509	0.02065	0.3071, 0.982

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 14

Enfermedades Agudas de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Enfermedades Agudas	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Si	58	72.6	69	42.2	3.623	0.0000104	1.981, 6.731
No	22	27.4	96	57.8	0.5509	0.02065	0.3071, 0.982

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 15

Familiares con enfermedades crónicas de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Familiares con enfermedad es crónicas	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Si	55	69.2	61	37.7	3.729	0.00000149	2.122, 6.667
No	25	30.8	104	63.3	0.2681	0.00000149	0.15, 0.4712

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 16

Familiares con enfermedades psiquiátricas de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Familiares con enfermedades psiquiátricas	con Casos F	Casos %	Controles F	Controles %	OR	Valor de P	de IC 95%
Si	38	48	52	32	1.96	0.007470	1.131, 3.406
No	42	52	113	68	0.5101	0.007470	0.2936, 0.8843

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 17

Adición de personas a la familia de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Adición de personas a la familia	Casos F	Casos %	Controles F	Controles %	OR	Valor de P	IC 95%
Si	60	76	33	20	11.84	<0.0000001	6.349, 22.74 <sup>1</sup>
No	20	24	132	80	0.08445	<0.0000001	0.04398, 0.1575

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 18

Abandono de un hijo de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Abandono de un hijo	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Si	68	15.4	15	9.5	18.25	<0.0000001	9.179, 37.81
No	12	84.6	150	90.5	0.0548	<0.0000001	0.02645, 0.1089

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Tabla 19

Aumento de las discusiones familiares de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

Discusiones familiares	Casos		Controles		OR	Valor de P	IC 95%
	F	%	F	%			
Si	55	69.2	78	47.4	2.516	0.0009969	1.392, 4.6
No	25	30.8	87	52.6	0.3975	0.0009969	0.2174, 0.7185

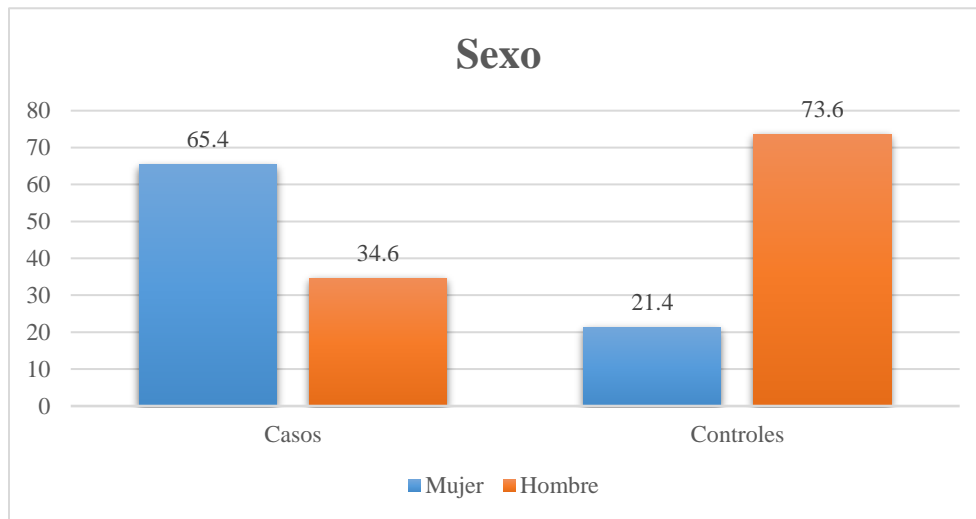
Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial



## Gráficos

Gráfico 1

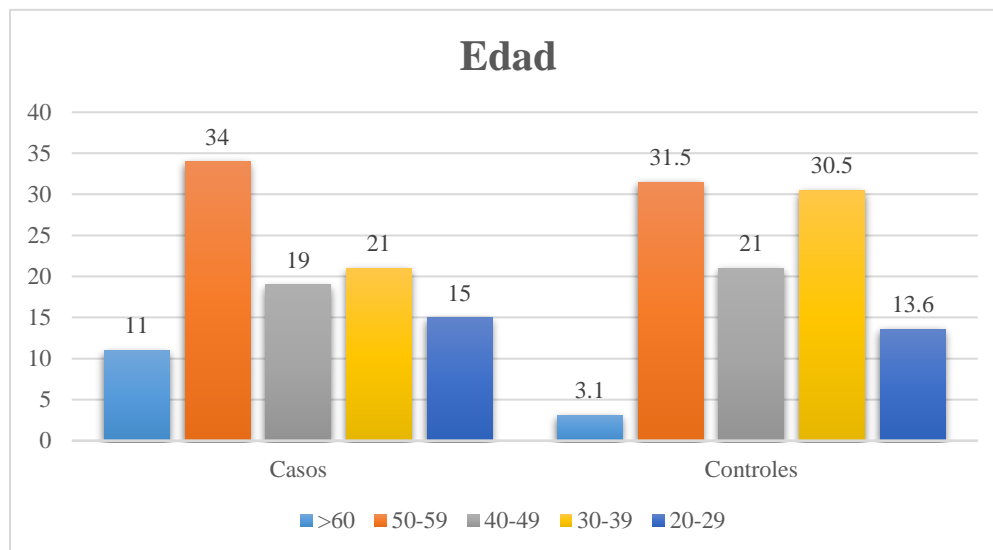
Sexo de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 2

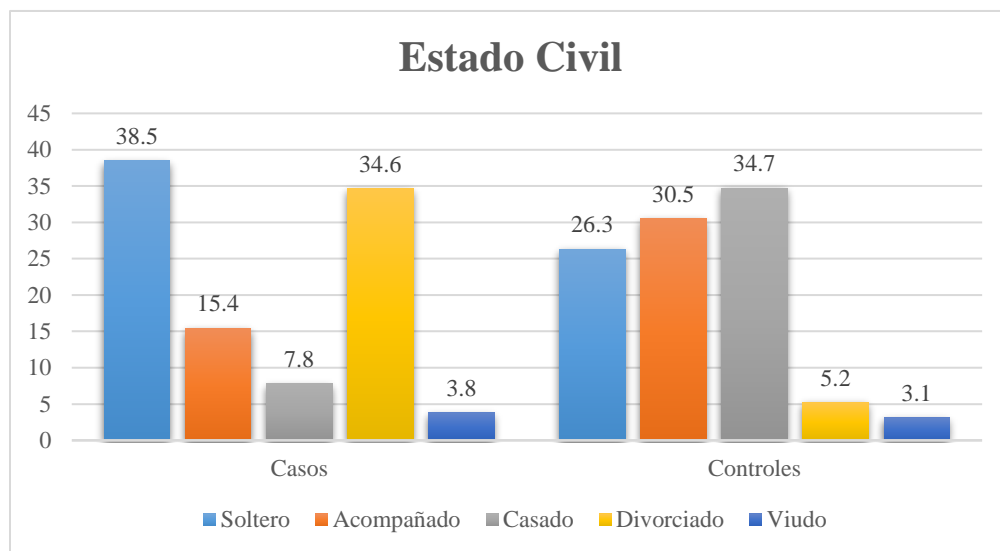
Edad de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 3

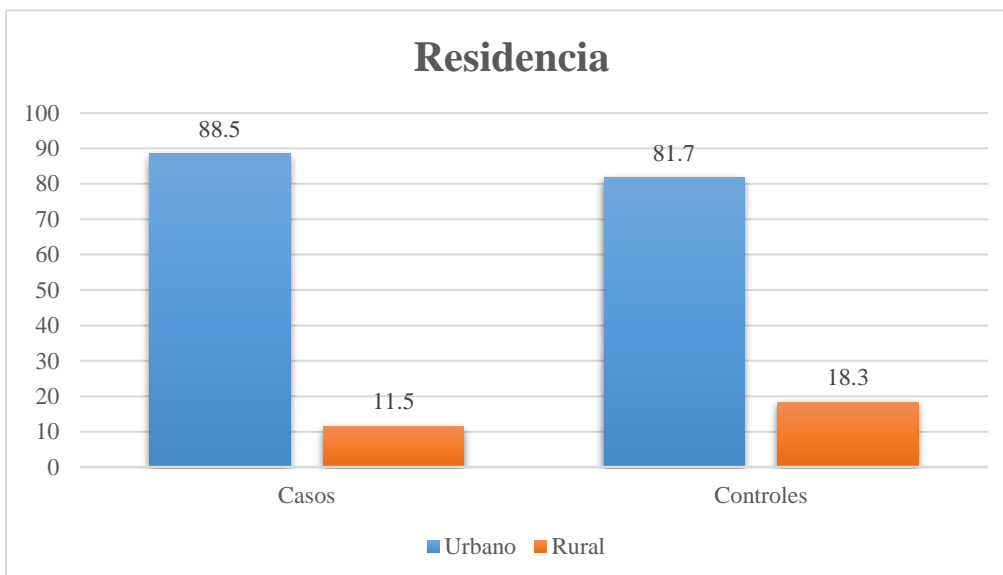
Estado Civil de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 4

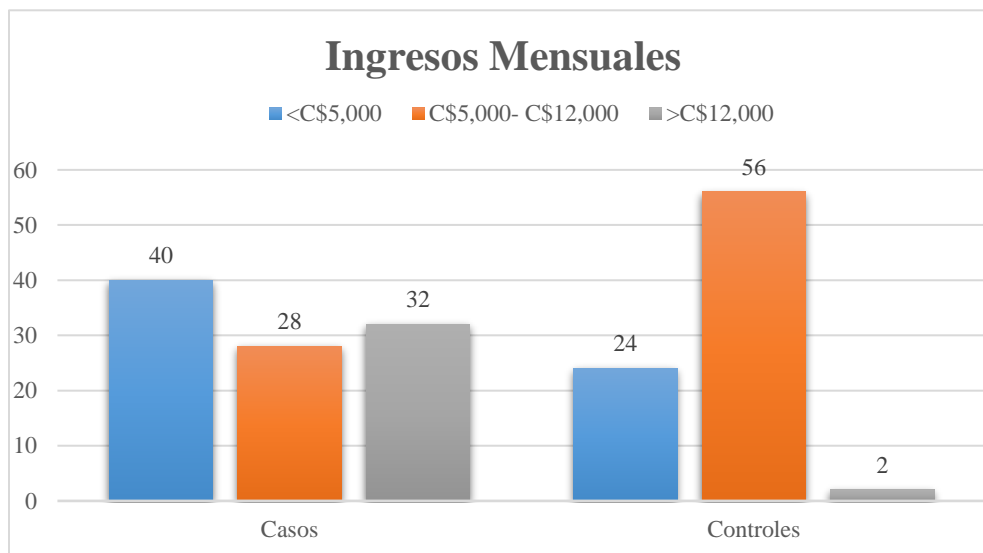
Residencia de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 5

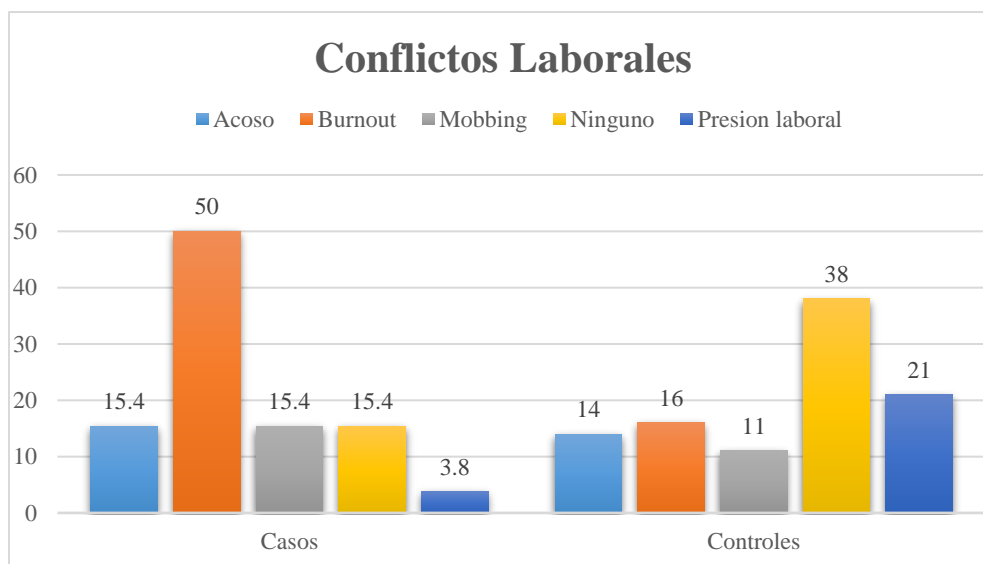
Ingresos mensuales de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial  
José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 6

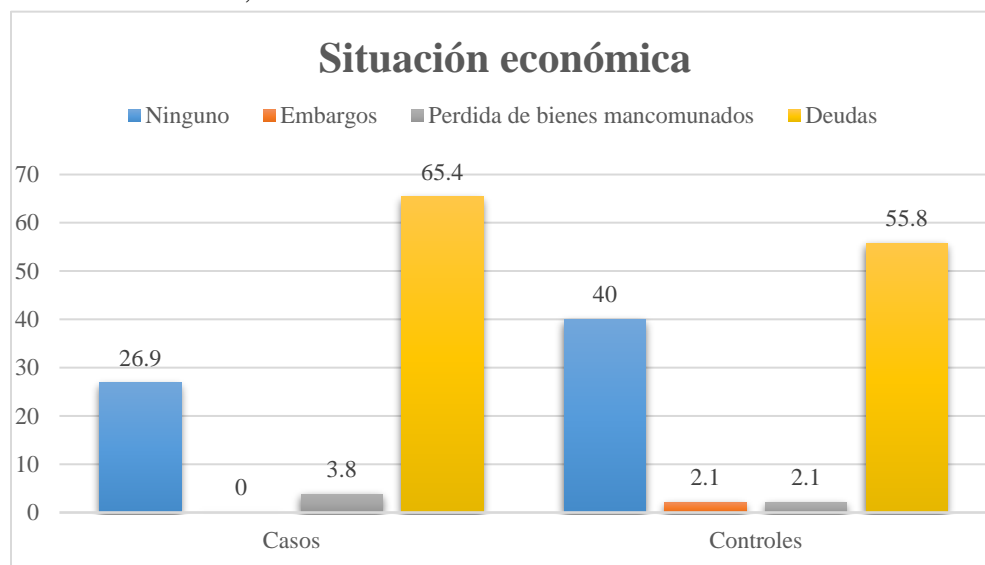
Conflictos laborales de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial  
José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 7

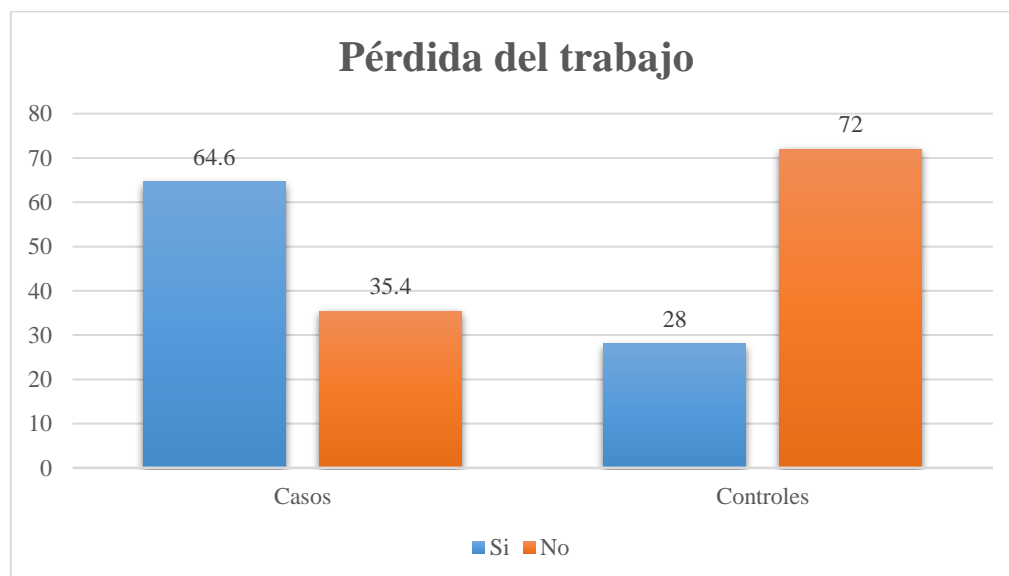
Situación económica de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial  
José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 8

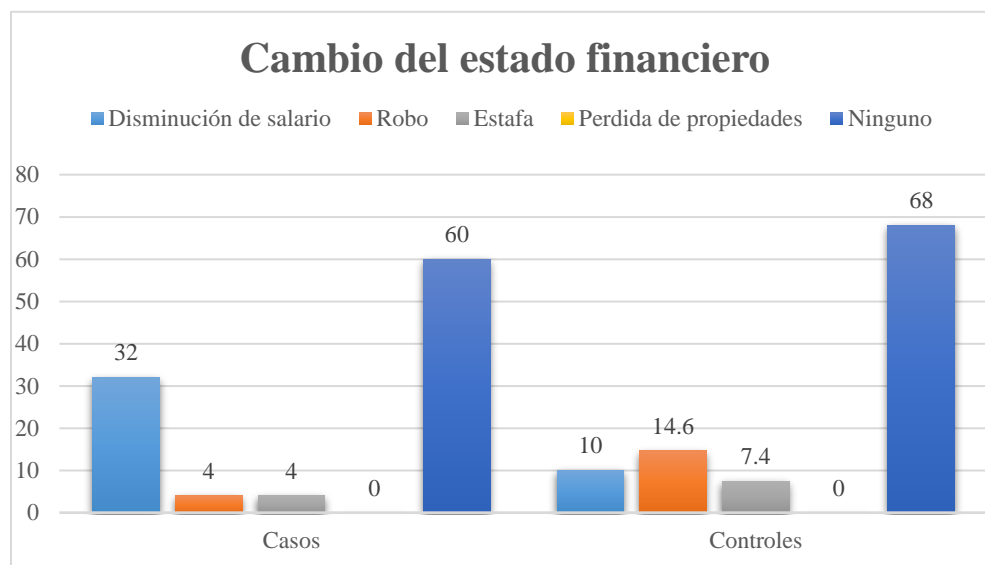
Perdida de trabajo de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial  
José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 9

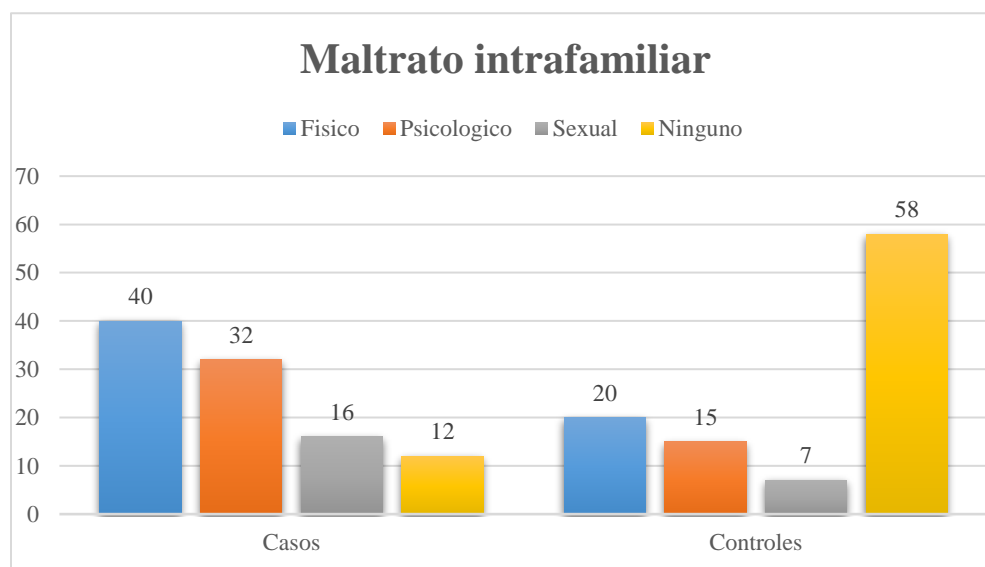
Cambio del estado financiero de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 10

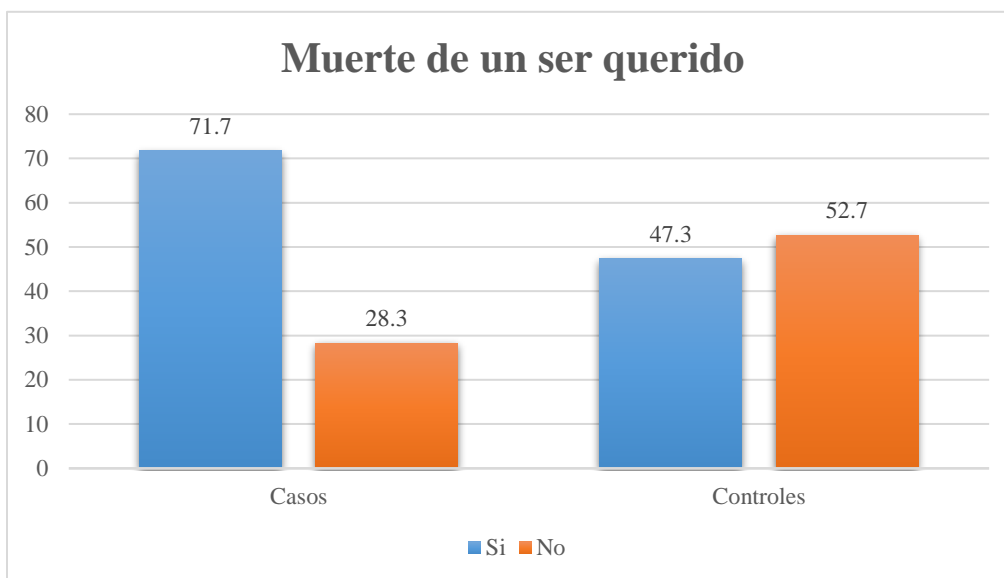
Maltrato intrafamiliar de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 11

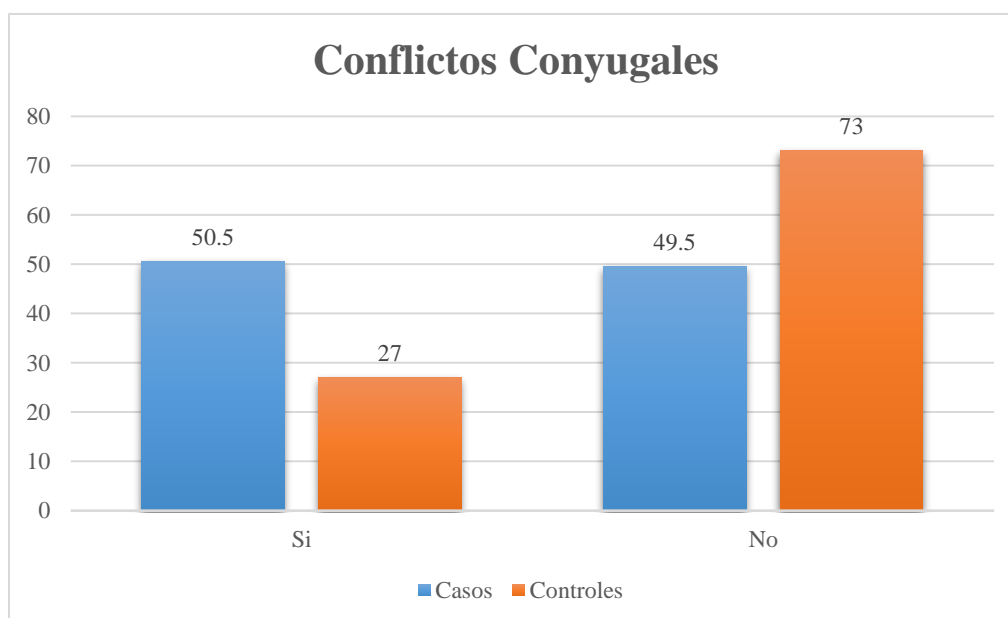
Muerte de un ser querido de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 12

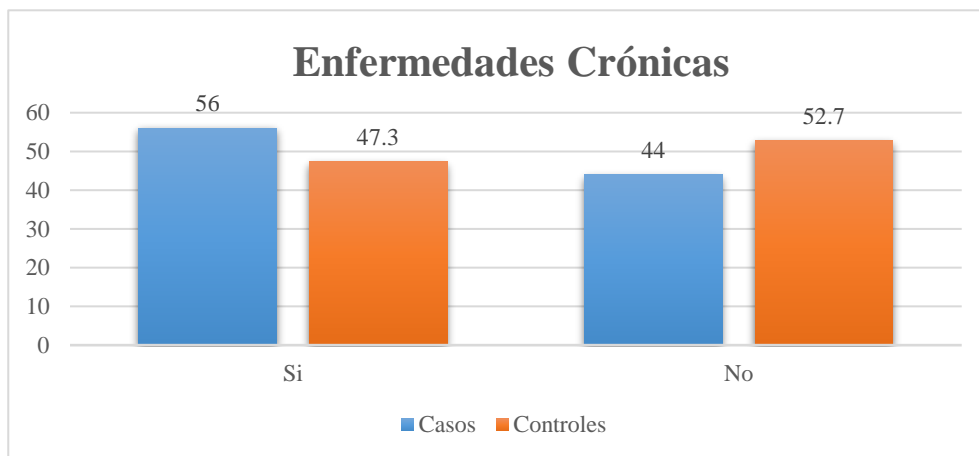
Conflictos conyugales de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 13

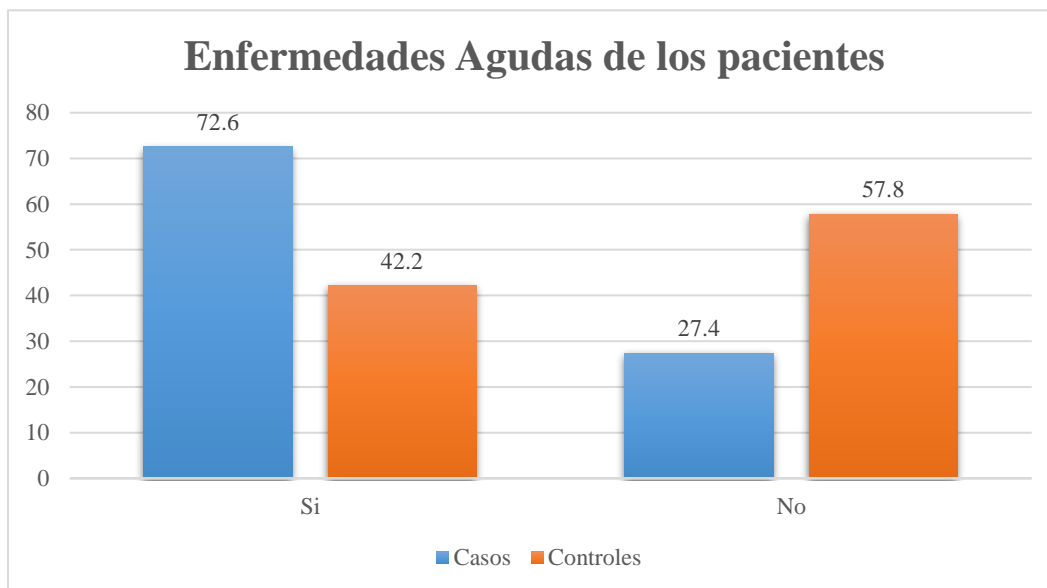
Enfermedades Crónicas de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 14

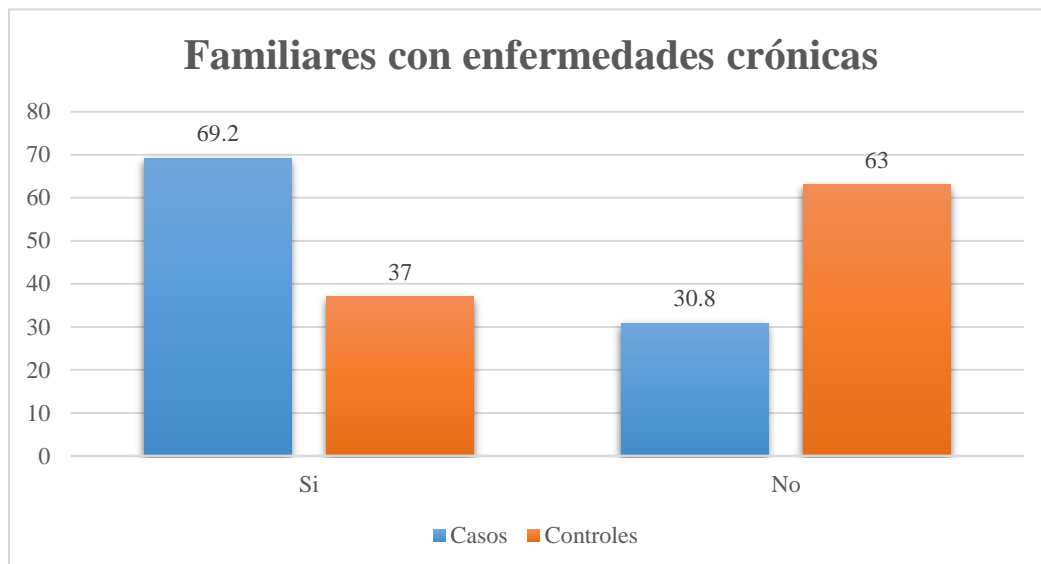
Enfermedades Agudas de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 15

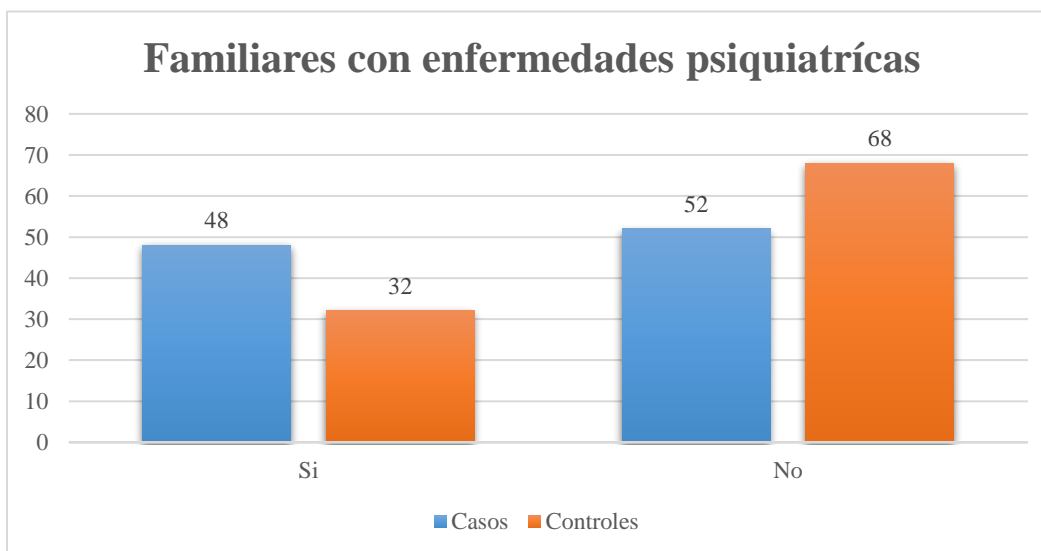
Familiares con enfermedades crónicas de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 16

Familiares con enfermedades psiquiátricas de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020

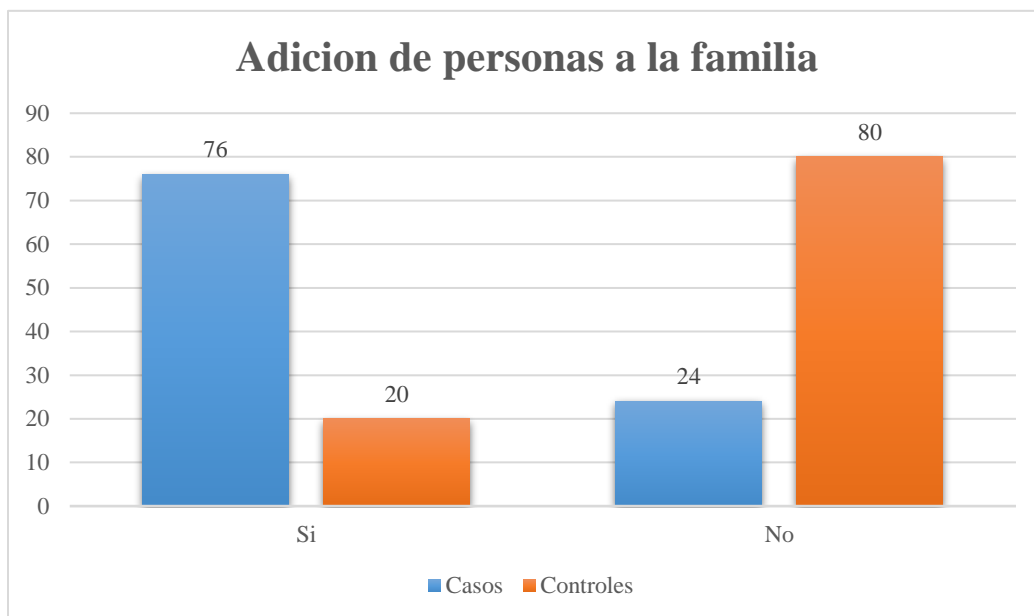


Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial



Gráfico 17

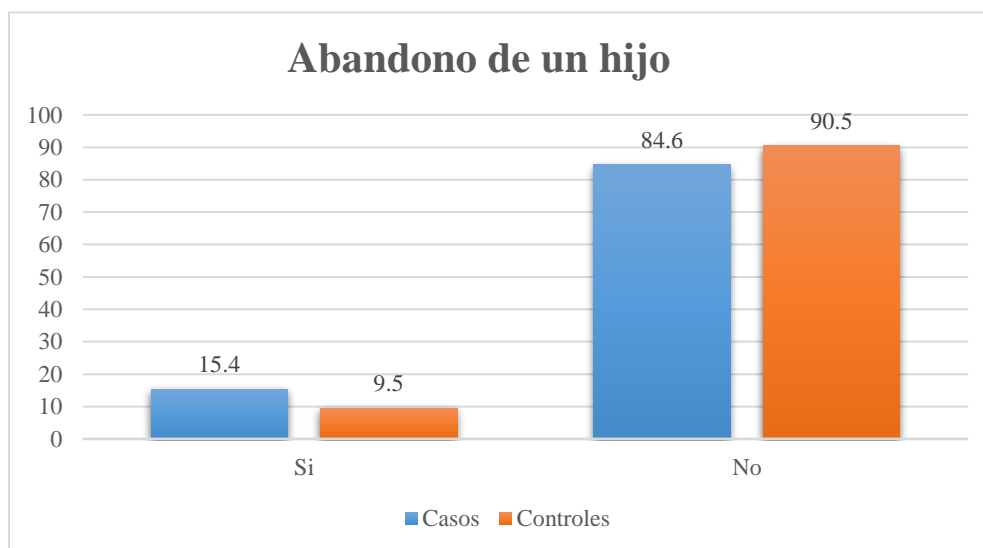
Adición de personas a la familia de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 18

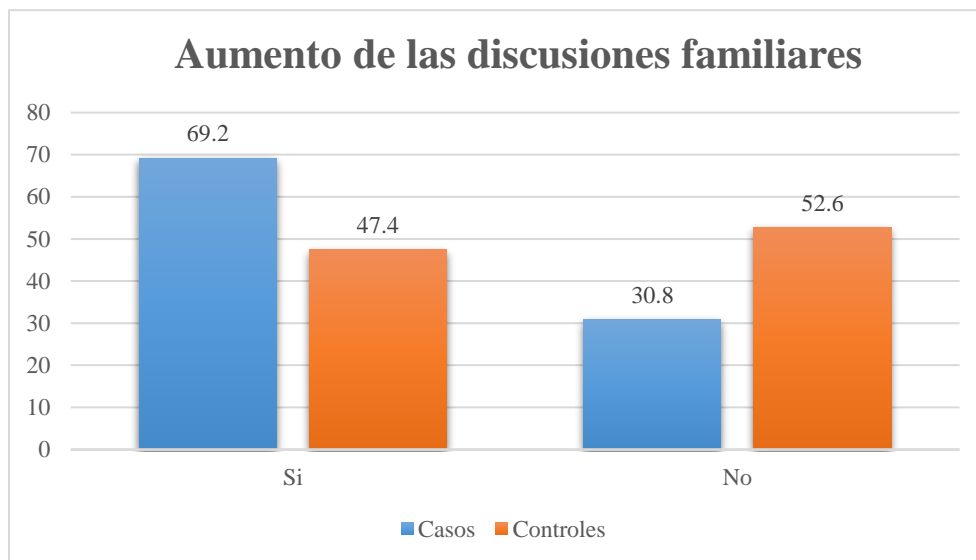
Abandono de un hijo de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial

Gráfico 19

Aumento de las discusiones familiares de los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Psicosocial José Dolores Fletes Valle, Julio - Diciembre del 2020



Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de consulta externa en Hospital Psicosocial