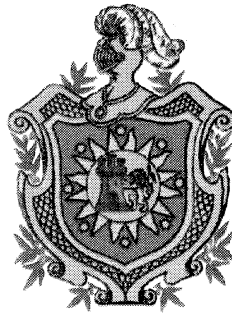


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA
Recinto Universitario Rubén Darío
Facultad de Ciencias Médicas



“Depresión Y Enfermedades Crónicas No Transmisible: Un Estudio Comparativo De La Ocurrencia Y Clasificación De Depresión Entre Pacientes Atendidos Por Enfermedades Crónicas No Transmisibles Atendidos En La Consulta De Atención Primaria En El Municipio De Nindiri Departamento De Masaya, Y En Individuos De Población General En Los Que No Se Hayan Diagnosticados Enfermedad Crónica, Noviembre 2009”

AUTORES

Guisselle Carolina Amaya Silva.
Yadira Margarita Elvir Mendoza.



MED
378.242
Amay
2010

TUTOR

Dr. Steven Cuadra, MD, Msc, LicMed, PHD

Don X Fac. de Med. - 04/08/2010.

DEDICATORIA

PRIMERAMENTE A DIOS: Por ser el motor en nuestras vidas y darnos la fortaleza de seguir siempre adelante y ayudarnos a cumplir nuestras metas.

A MIS PADRES Y FAMILIARES: por brindarme su apoyo moral e incondicional, evadiendo todo obstáculo y dificultad.

Con todo mi cariño y amor, todo se lo debemos a ustedes por estar siempre con nosotras.

A LOS DOCENTES: que dedicaron su tiempo y sus conocimientos para conducirnos con éxito en la culminación de nuestra carrera.

A NUESTRO TUTOR: por tener el tiempo, la disposición y tolerancia de trabajar con nosotras para la culminación de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios sobre todas las cosas por estar siempre a nuestro lado guiándonos.

Les agradezco a todas las personas que nos brindaron su apoyo en este trabajo monográfico.

Al Dr. Steven Cuadra por ser nuestro tutor y amigo, te queremos.

Al Dr. Carlos Gonzáles director municipal de Nindiri por su apoyo incondicional en este año de Servicio social y por la autorización de realizar este trabajo.

A TODOS ELLOS GRACIAS.

OPINIÓN DEL TUTOR

En los últimos tiempos se ha tomado cada vez mas conciencia de la gran cantidad de necesidades no atendidas que tienen los individuos con problemas prolongados e irreversibles de salud o comúnmente denominados enfermedad crónica. Entre las necesidades no atendidas están los relacionados con la salud mental en especial los trastornos depresivos. Los trastornos afectivos en general y la depresión en particular, figuran entre las enfermedades más frecuentes del adulto.

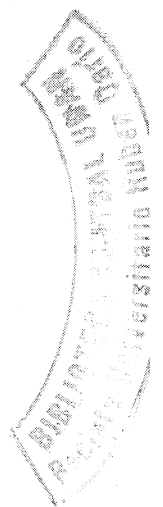
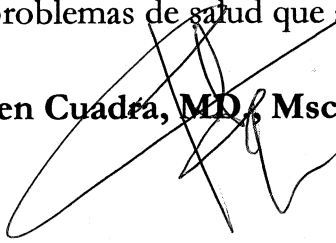
En Nicaragua, no se cuenta con cifras oficiales ni estudios a profundidad sobre la ocurrencia de trastornos depresivos en pacientes crónicos. En Nicaragua la situación de los pacientes crónicos es compleja. El estado de salud y el contexto social interactúan como determinantes relevantes en cuanto a la salud mental del individuo.

El presente estudio representa un esfuerzo muy importante de investigación de un campo de la salud que ha sido tradicionalmente explorado de forma limitada en el contexto Nicaragüense.

Las autoras logran brindar evidencia confiable y precisa que sugiere que las enfermedades crónicas si impactan de forma negativa en la salud mental, incrementando la ocurrencia de trastornos depresivos.

La rigurosidad científica, el remarcable cuidado por los aspectos metodológicos y la claridez con que se plantean los razonamientos subyacentes a lo largo del trabajo, unidos a una evidente preocupación por el sensible problema de salud aquí abordado, son características más que sobresalientes en esta tesis. Esperamos que desde la universidad y la sociedad misma se siga promoviendo la investigación de los problemas de salud que afectan a los y las trabajadoras.

Dr. Steven Cuadra, MD, Msc., LicMed., PhD.



RESUMEN.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de mortalidad en todos los países. Representan el 61% de la mortalidad mundial y el 48% de la carga mundial de enfermedad. Las enfermedades crónicas pueden tener una repercusión importante en la calidad de vida del enfermo afectando a su vida social y laboral, y su bienestar mental. En la actualidad la depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes en la población de pacientes con enfermedades crónicas. Sin embargo en Nicaragua la información relacionada con esta problemática es muy limitada. Por tal motivo, el presente estudio pretende estimar la ocurrencia de depresión en pacientes mayores de 40 años actualmente diagnosticados con alguna enfermedad crónica no transmisible, que asistieron a la consulta de atención primaria en el municipio de Nindiri Masaya durante el período de noviembre 2009, en comparación con pacientes atendidos por otras causas en las mismas unidades de salud durante el mismo período. Se realizó un estudio epidemiológico transversal-analítico, donde se comparó la proporción de individuos en los que se detectó depresión a través de una Escala Clinimétrica para la detección de depresión durante el periodo de noviembre 2009, en dos grupos: 1) Adultos diagnosticados actualmente con alguna enfermedad crónica no transmisible y 2) paciente no crónico (sin enfermedades crónicas o discapacidad al momento del estudio). La muestra fue de 240 pacientes, los cuales se dividieron en 138 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y 102 pacientes sin enfermedades crónicas no transmisibles. Se observó que en paciente crónicos el 89.8% presentó algún tipo de depresión, en cambio en los no crónicos el 64% presentó algún tipo de depresión. Es decir que los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles son los que tienen mayor riesgo de padecer algún tipo de depresión (**OR=4.8**). El 25.4% de nuestro grupo poblacional en estudio presentó depresión leve. En general los pacientes crónicos presentaron con mayor frecuencia depresión moderada a severa, mientras que los no crónicos presentaron depresión leve a moderada. En los pacientes no crónicos el sexo femenino fue el que presentó mayor depresión con un 84%, mientras que en los pacientes crónicos el sexo masculino fue el más afectado en presentar depresión con un 94%. Además de la presencia de enfermedad crónica otras variables sociodemográficas mostraron asociación como la escolaridad, estado civil, religión y estado laboral, por lo que se considera que la depresión tiene múltiples factores causales y múltiples facetas, representando un problema complejo. Se considera que la identificación de factores relacionados con la depresión en el adulto mayor, por parte del personal de salud, puede contribuir al manejo integral evaluando el estado de salud y colaborando para mantener la calidad de vida.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
ANTECEDENTES.....	11
JUSTIFICACION.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
OBJETIVOS.....	17
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
HIPÓTESIS.....	18
MARCO TEORICO.....	19
MATERIAL Y MÉTODO.....	38
Tipo de estudio:.....	38
Área y período de estudio.....	39
Población de estudio y población de referencia.....	40
Grupo de referencia o comparación.....	41
Muestra.....	41
Tamaño de la muestra.....	41
Selección de los individuos.....	42
Criterios de selección.....	42
Recolección de la información.....	43
Procedimientos para procesar y analizar la información.....	44
Listado de variables.....	46

Cruce de variables	46
Consideraciones éticas.....	50
RESULTADOS.....	51
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	64

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe. Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de mortalidad en todos los países. Representan el 61% de la mortalidad mundial y el 48% de la carga mundial de enfermedad. La búsqueda de la calidad de vida por parte del enfermo, a partir del diagnóstico de una patología crónica, es un proceso complejo. El éxito depende de la satisfacción de las necesidades que emergen de cada una de las facetas vitales del paciente, facetas que se complementan y entrelazan, desde las más ligadas a la dimensión social e individual del sujeto, hasta aquellas otras más relacionadas con la calidad de vida asociada a la salud. Las enfermedades crónicas pueden tener una repercusión importante en la calidad de vida del enfermo afectando a su vida social y laboral, y su bienestar mental (OPS, 1990).

En la actualidad la depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes en la población de pacientes con enfermedades crónicas. La depresión es una alteración del ánimo acompañado con dificultades en la cognición, motivación, relaciones interpersonales y los procesos fisiológicos. Tradicionalmente se investigado la relación entre la presencia de depresión y la ocurrencia de enfermedades crónicas, es decir se ha explorado a la depresión como factor de riesgo. Existen estudios que evidencian que las personas con historial de depresión tienen tres veces más probabilidad de sufrir de un ataque cardíaco. Por otro lado se ha observado que la depresión es un factor predictor de diabetes tipo II. Sin embargo, es poco lo que se ha investigado sobre la ocurrencia de depresión en pacientes crónicos, es decir la evaluación de las enfermedades crónicas como factores predoctores de depresión ha sido muy limitada. Algunos estudios señalan que el 50% de las personas con enfermedades crónicas que sufren depresión no son diagnosticadas. Regularmente visitan al médico por razones de enfermedad cardíaca, diabetes o asma, pero la ocurrencia de depresión no es explorada por el personal de salud (BROWN, F, 1980).

En Nicaragua el Ministerio de salud en 1986 elaboró las normas del programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (dispensarizados), donde se valora y se tratan patologías como la diabetes, asma bronquial, enfermedades reumáticas, epilepsias y enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, enfermedad

coronaria y enfermedad valvular reumática), con el objetivo de establecer las estrategias y acciones que contribuyan a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los pacientes crónicos (MINSA, 1986).

En las normas, se aborda cada patología desde el punto de vista anatomopatológico, así como las complicaciones físicas, obviando que los pacientes con enfermedades crónicas son propensos a presentar complicaciones en el área del afecto que incide directamente en el bienestar del paciente ya que se enfrentan a un diagnóstico de pronóstico incierto, aparecen creencias exageradas y subjetivas sobre su susceptibilidad a enfermar, sobre el impacto de la enfermedad en su estado físico, psicológico y sobre los riesgos de los tratamientos que reciben, sienten que su integridad esta siendo amenazada y se ven obligados a adaptarse, causándoles preocupaciones y estrés, que muchas veces desencadenan depresión (DIMASCO, A. 1984).

Cuando el paciente se da cuenta de que su enfermedad es crónica, es cuando más necesita ayuda emocional. Muchas veces se trata de una necesidad de ayuda totalmente real y que es consecuencia de la reorganización total de la vida del paciente. El paciente, junto con las personas que le rodean, son conscientes de que, de alguna manera, la vida no volverá a ser como antes (DIMASCO, A. 1984). Los sentimientos de desesperación del paciente pueden verse agravados por la incertidumbre de la enfermedad y su curso. La incapacidad de predecir el empeoramiento y la remisión dificulta la planificación de actividades diarias y a largo plazo. Estos sentimientos de desesperación se incrementan con la idea de que han perdido el control sobre sus cuerpos y su situación social (DIMASCO, A. 1984).

Se considera que la identificación de factores relacionados con la depresión en el adulto mayor, por parte del personal de salud, puede contribuir al manejo integral evaluando el estado de salud y colaborando para mantener la calidad de vida. En Nicaragua los adultos mayores que asisten a las unidades públicas de salud no solo enfrentan sus problemas crónicos de salud si no que también enfrentan las diversas dificultades asociadas a la vida diaria, como la crisis económico, la falta a apoyo del sistema social y político, o bien del núcleo familiar, lo que se ve agravado por las carencias del sistema de salud y la falta de sensibilización del personal de salud en cuanto a los temas relacionados con la salud mental. Por tal motivo creemos que de suma importancia explorar la frecuencia de depresión en pacientes crónicos que acuden al sistema público. En este estudio hemos seleccionado como área de estudio un área de

característica urbana, semi-urbana y rural, lo cual creemos que permitirá obtener información que podría ser útil en otros contextos (MINSA, 1986).

ANTECEDENTES

Cifras oficiales señalan que los trastornos afectivos en general y la depresión en particular, figuran entre las enfermedades más frecuentes del adulto, la Organización Mundial de la Salud (1990) calcula que la frecuencia de los cuadros depresivos en el sentido de la prevalencia diaria es del 3-5% de la población total, lo cual representa de 120-200 millones de personas que sufren diariamente depresión (OPS, 1990).

Diversos estudios indican que en la actualidad la depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diversos países, con prevalencia de 5.8 a 10% (Burton, 1987).

Autores como Burton (1987) y Cabrejos (1972) respaldan esta afirmación señalando la depresión como uno de los estados mentales más comunes que sobreviene al hombre. Mencionando que en el mundo se calcula que hay por lo menos 100 millones de personas que sufren alguna forma clínica reconocible de depresión y que tiende a incrementarse por el aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos (Cabrejos, 1972)

Recientes investigaciones evidencia que la presencia de depresión es más frecuente en grupos de edad avanzada, especialmente en el género femenino; a menudo es precedida clínicamente por algunas enfermedades físicas con una amplia gama de manifestaciones. La depresión oscila desde las formas leves y moderadas hasta cuadros de gran intensidad (Burton, 1987).

Expertos en el área de la salud mental e hallazgos reciente indican que la depresión es multifactorial con participación orgánica y psicosocial. El pensamiento actual menciona la contribución del estrés provocado por los acontecimientos adversos en la vida actual. Así, considerando que 80% de sujetos con 70 años o más sufren una enfermedad crónica y 50% experimenta un trastorno que obstaculiza el funcionamiento independiente, la depresión en el envejecimiento se convierte en un corolario psíquico de procesos físicos con debilitamiento de las funciones vitales. De la misma manera los sucesos que culminan con la pérdida de una persona importante tienden especialmente a provocar depresión subsecuente (KRÜEGER, 1988).

La depresión es la complicación psicológica más frecuente en los enfermos crónicos y en la incapacidad física, Probablemente en algún momento pueden observarse algunos aspectos de depresión en toda persona que haya sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, Sobre todo, las enfermedades crónicas,

están directamente asociada con una mayor incidencia, a los cuadros depresivo (KRÜEGER, 1988). Por otro lado se ha sugerido que la depresión es la causa del 75% del total de hospitalizaciones (KRÜEGER, 1988).

La depresión en las personas hospitalizadas con problema médicos parece ser moderada, las estimaciones llegan al 42% como así lo sostienen **Cavanaugh (1983)**, citado por **Krueger (1988)**, sin embargo una minoría de pacientes experimentan niveles severos de depresión (KRÜEGER, 1988).

Para **Krueger (1988)**, todo individuo que sufre una incapacidad física o una enfermedad crónica irreversible experimenta una pérdida importante y dolorosa que para muchos es la más devastadora de su vida. La pérdida tiene una gran relevancia tanto en el terreno físico como en el emocional (KRÜEGER, 1988).

TRIESCHMAN (1989), citado por **KRÜEGER (1988)**, afirma que la experiencia de verse arrojado repentinamente a una forma de vida totalmente distinta, sin beneficio de tomar parte en tal decisión, puede dar lugar a múltiples reacciones. Cada individuo afectado por una pérdida tiene una propia percepción exclusiva de la situación y de sus posibles resultados. Las reacciones y ajustes ante la incapacidad dependen de múltiples variables, experiencias previas con situaciones traumáticas y respuestas generales hacia otros incapacitados (TRIESCHMAN, 1989)

El dolor crónico constituye, sin duda la forma de dolor con mayor repercusión sobre el individuo por el deterioro de su calidad de vida y sobre la sociedad. En los últimos tiempos se ha tomado cada vez mas conciencia de la gran cantidad de necesidades no atendidas que tienen los individuos con problemas prolongados e irreversibles de salud o comúnmente denominados enfermedad crónica Long (1988). La enfermedad crónica es un término general que engloba las enfermedades de larga duración asociada muchas veces a cierto grado de incapacidad donde cada enfermedad crónica es única y tiene un efecto distinto sobre el individuo, familia y entorno social (CABREJOS, J. (1992).

La depresión aparece, con gran frecuencia, asociada al dolor crónico. Las razones de esta asociación probablemente se relacionan con la dificultad para adaptarse al sufrimiento crónico, así como a la estrecha relación que existe entre el dolor y la vida emocional (DIMASCO, A. 1984).

Los estudios en España sobre los trastornos del humor en 1999 por **Miguel Roca Bennasar** reflejan que en los pacientes epilépticos el 40% presentan depresión grave y el 80% presentan síntomas depresivos, los

diabéticos el 15 al 20% cursan con depresión y los fármacos que utilizan los pacientes con enfermedad crónica asociado a la depresión varía entre el 1 al 10%, entre los fármacos en primer lugar destacan los antihipertensivos, principalmente de los de acción central reserpina y metildopa y los inhibidores de la enzima Convertidora de angiotensina (ROCA BENASSAR, 1992).

Torres Sánchez y Lorenzo Ferrer en España presentan un estudio sobre la depresión y la epilepsia, encontraron que el 30% tienen antecedentes de intento suicida.

En Latino América **García y Guridi**, realizaron un estudio acerca de depresión en el adulto mayor con enfermedades crónicas no transmisibles en el 2007, encontrándose que el grupo de 60-69 años fue el mas representativo en presentar signos de enfermedad depresiva con el 57.5%, donde el sexo femenino fue el mas predominante con el 58.2%, el nivel escolar predominante fue el primario con el 44.5%, la condición socioeconómica predominante fue la regular 81%, destacándose las enfermedades crónicas como principal factor de riesgo y el maltrato psicológico.

En Nicaragua se encontró una monografía acerca de la incidencia de depresión en pacientes crónicos que acuden a la atención primaria identificándose un alto porcentaje de depresión moderada con el 61.7%, continuado la depresión leve con el 31% y un 7.3% con depresión grave, de estas las enfermedades cardiovasculares, reumatoideas y diabetes mellitus tienen mayor incidencia de depresión con respecto a las otras enfermedades crónicas. Las enfermedades cardiovasculares presentaron mayor depresión 37.6%, 62.7% con depresión moderada, 31.3% depresión leve y 5.9% con depresión grave. Seguida por las enfermedades reumatoideas con 35% casos con depresión, de los cuales 55.8% son depresión moderada 33.7% con depresión leve y 10.4% casos con depresión severa. La Diabetes Mellitus fueron 15.6%, de estas 63.6% pacientes presentaron depresión moderada, 28.5% depresión leve y 7.7% casos con depresión grave. De los deprimidos 7.9% son epilépticos, de estos 79.9% con depresión moderada, 20.5% depresión leve y 2.5% con depresión grave. De los 3.6% pacientes con asma y depresión, 66.6% tienen depresión moderada, 33.3% con depresión leve.

JUSTIFICACION.

En Nicaragua se ha ido aumentando la tasa de adultos con enfermedades crónicas, debido tanto a factores asociados con las condiciones y contexto social, como factores asociados con el estilo de vida y malos hábitos tales como el sedentarismo, dietas hipercalóricas, obesidad, alcoholismo, tabaquismo, estrés emocional, asociados a factores de riesgo propios de las enfermedades tales como edad, raza, antecedentes familiares, enfermedades crónicas concomitantes, trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos, entre otros.

Entre las complicaciones que son comunes y que pueden afectar profundamente la calidad de vida del paciente crónico está la depresión, estableciéndose la hipótesis de que la depresión es más frecuente entre los adultos con enfermedades crónicas que en otros grupos de población general, como resultado de los cambios bioquímicos propios de la enfermedad, de su tratamiento, de las demandas psicosociales o los factores psicológicos relacionados, por lo que la influencia de la depresión actúa negativamente sobre la situación funcional.

Enfrentarse a una enfermedad crónica constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir. En la medida en que resulta imposible curar las enfermedades crónicas, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de tal afección la cual, generalmente está acompañada no solo de trastornos a nivel físico, sino también de afecciones psicológicas como la depresión y la ansiedad que afectan igualmente la calidad de vida y el estado de salud del paciente.

Es por lo tanto nuestro interés de poder detectar signos de depresión en estos pacientes en la atención primaria ya que padecer depresión no solo afecta el estado anímico del paciente sino que además influye notablemente en su adhesión al tratamiento y en la aceptación de la enfermedad. Por lo tanto, se puede considerar que el encontrarse deprimido puede ser una de las causas por las que no se obtenga un adecuado cumplimiento del tratamiento médico por parte de los pacientes que padecen enfermedades crónicas o que se traduce en la carencia de mejoría en su estado de salud general.

De esta forma, es importante considerar que la detección temprana de niveles de depresión leve, moderada o grave en los pacientes que padecen enfermedades crónicas y la instauración de un tratamiento adecuado o de apoyo psicosocial, podría generar mejoras significativas en su estado de salud, debido a que permitiría una mejor evolución y la aceptación final de la enfermedad. Sin embargo la exploración de signos de depresión en pacientes crónicos por parte del personal de salud en las unidades de atención primaria es limitada y en muchas ocasiones inexistente. El vital que el personal de salud se sensibilice respecto al tema de la salud mental.

Por tal motivo el presente trabajo pretende contribuir con el conocimiento de la ocurrencia de depresión y el tipo de depresión que presenta los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acudieron a la consulta general en el municipio de Nindirí Masaya.

Es importante reconocer que al detectar signos de depresión, se deben tomar medidas para la prevención de estados más severos de depresión ya que la depresión constituye una de las principales causas de incapacidad y complicaciones médicas en estos pacientes, alterando el curso de la evolución de la enfermedad. Por tal motivo consideramos que estos pacientes deben ser valorados en su aspecto emocional, ya que muchos cursan con trastornos depresivos los cuales tienen que ser tratados para lograr una evolución satisfactoria de su patología de base, evitándose también consecuencias invalidantes que pueden ser de larga duración y aumento en el consumo de servicios médicos y gastos sanitarios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la ocurrencia de depresión en pacientes mayores de 40 años atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en la consulta de atención primaria en el municipio de Nindiri Departamento de Masaya, en comparación con individuos de población general en los que no se hayan diagnosticados enfermedad crónica y que asisten a las unidades de salud del municipio, noviembre 2009?

¿Qué tipo de depresión es la más frecuente en pacientes mayores de 40 años actualmente diagnosticados con alguna enfermedad crónica no transmisible, que asistieron a la consulta de atención primaria en el municipio de Nindiri Masaya durante el período de noviembre 2009, en comparación con individuos de población general en los que no se hayan diagnosticados enfermedad crónica y que asisten a las unidades de salud del municipio, noviembre 2009?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la ocurrencia y el tipo de depresión más frecuente en pacientes atendidos por enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en la consulta de atención primaria en el municipio de Nindiri Departamento de Masaya, y en individuos de población general en los que no se hayan diagnosticados enfermedad crónica y que asisten a las unidades de salud del municipio, noviembre 2009”

Objetivos específicos

1. Describir las características socio-demográfica de la población en estudio
2. Estimar la proporción de individuos mayores de 40 años con enfermedades crónicas no transmisibles y de individuos sin enfermedad crónica, que presentan actualmente depresión, incluidos en el estudio.
3. Clasificar los tipos de depresión de individuos mayores de 40 años con enfermedades crónicas no transmisibles y de individuos sin enfermedad crónica, en los que se detectó actualmente depresión, incluidos en el estudio.
4. Evaluar la asociación entre la ocurrencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y la ocurrencia de depresión, en la población en estudio.
5. Explorar si existen diferencias según sexo, situación socioeconómica, tipo de estabilidad familiar, religión, en otras variables, en relación a la ocurrencia de depresión entre pacientes crónicos y no crónicos incluidos en el estudio.

HIPÓTESIS

1. Pacientes mayores de 40 años con enfermedades crónicas no transmisibles tienen mayor ocurrencia y mayor grado de severidad de depresión en comparación con pacientes no crónicos.

MARCO TEORICO

A lo largo de la historia de la psiquiatría, la forma de conceptualizar los trastornos depresivos secundarios a enfermedades médicas ha sido uno de los problemas más confusos y cambiantes. Fue en 1967 donde se definió el concepto de depresión secundaria a enfermedades médicas, entendiéndose por tal aquella alteración del estado de ánimo que seguía un curso paralelo y se juzgaba que existía una relación causal (**Kaplan y Sadock, 1999**). En los últimos años la psiquiatría se ha extendido para entender al enfermo y la enfermedad desde un punto de vista holístico, que integra las necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

Actualmente se define la depresión como la 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 (**OPS, 1999**). Y como enfermedad crónica todas aquellas patologías no transmisibles que no tienen curas y que pueden presentar complicaciones a corto o a largo plazo (MINSA, 1986).

La relación entre la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles deben ser consideradas desde tres puntos de vista:

A. Como posibles causa de los síntomas somáticos que presentan los pacientes: Aquí la alteración del estado de ánimo no se expresa a través de los síntomas psiquiátricos como tristeza, labilidad afectiva o ideación depresiva, si no a partir de alteraciones fisiológicas tales como anorexia, astenia, mialgias, cefaleas tensionales, insomnios, pérdida o ganancia de peso, que ceden con el tratamiento antidepresivo, esto se conoce como depresiones enmascaradas y son más frecuentes en la práctica clínica de los que se supone los médicos no-psiquiatra (**OPS, 1999**).

Como trastorno psiquiátrico asociado a resultante de otra enfermedad crónica no transmisible: En estos casos los estados depresivos aparecen como consecuencia del diagnóstico, la acción patológica o el tratamiento de algún otro trastorno o enfermedad somática. Se calcula que la prevalencia es del 10 al 14% entre los pacientes hospitalizados por cualquier causa y del 9 al 15% en los pacientes ambulatorios que asisten por enfermedades crónicas; aún, se cree que existe un subregistro ya que la depresión habitualmente se subdiagnostica. La relación entre los síntomas depresivos y las enfermedades crónicas a las que se asocian no siempre es fácil de

determinar. Se cree que la depresión puede ser un efecto nervioso central de la enfermedad sistémica o una respuesta desadaptada ante la cognición de una enfermedad somática como agente estresante. Al margen de los efectos biológicos de la enfermedad somática sobre el sistema nervioso central, los estados depresivos también pueden presentarse como efecto secundario de los tratamientos que el paciente recibe (OPS, 1999).

Como factor que condiciona la evolución de la enfermedad crónica no transmisible: Los estados depresivos comprometen la evolución de la enfermedad médica o influyen en su tratamiento eficaz, de manera que han de tenerse en cuenta a la hora de establecer pronóstico (Rojo Rodes, 1999; Vásquez Barquero, 1999).

Esta claro que las emociones, las características y la personalidad del individuo influye en la evolución de las enfermedades y según la valoración emocional el paciente puede vivir o sentir la enfermedad en tres formas distintas:

Valoración negativa:

Como un enemigo, ocasiona una postura de negativismo activo. La rehúsan como algo impuesto, indigno. Reaccionan en contra de la enfermedad y de quienes se relacionan con ella, lo cual provoca irritabilidad contra quienes le cuidan, abandono del tratamiento (Vásquez Barquero, 1999).

Como un castigo, con una postura pasivo dependiente, adoptan actitudes fatalistas y de resentimientos.

Como una debilidad, postura de evitación, tienden a negarla, disimularla o esconderla, adoptan actitudes pasivas, intentan ocultar y encubrir síntomas, lo cual mediatiza e interfieren en una correcta orientación médica, tanto diagnóstica como terapéutica (Vásquez Barquero, 1999).

Valoración instintiva especulativa: La enfermedad es vivida:

Como descanso: De alguna manera viven la enfermedad como una situación que les permite y justifica relajarse ante situaciones estresantes de la vida o de problemas persona les. Desarrollan posturas asertivas. Es una situación de ganancia secundaria, que puede ser consciente o no. Generalmente evolucionan hacia manifestaciones hipocondríacas y conductas manipuladoras. Como una debilidad, postura de evitación, tienden a negarla, disimularla o esconderla, adoptan actitudes pasivas, intentan ocultar y

encubrir síntomas, lo cual mediatiza e interfieren en una correcta orientación médica, tanto diagnóstica como terapéutica (DIMASCO, 1984).

Valoración instintiva especulativa: La enfermedad es vivida:

Como descanso: De alguna manera viven la enfermedad como una situación que les permite y justifica relajarse ante situaciones estresantes de la vida o de problemas personales. Desarrollan posturas asertivas. Es una situación de ganancia secundaria, que puede ser consciente o no. Generalmente evolucionan hacia manifestaciones hipocondríacas y conductas manipuladoras.

Como estrategia. La utilizan como instrumento para dominar a los demás. Postura de simulación y manipulación que pueden inducir a error al especialista no advertido y prolongar la enfermedad de manera indefinida.

Como daño o pérdida irreparable, la viven catastróficamente.

Valoración positiva: La enfermedad la viven como un desafío, colabora con el médico, o como un valor tiene una postura de sublimación (Roca Bannasar, 1992 ; Rojo Rodes, 1999).

La reacción psicológica a la enfermedad crónica: Genéricamente se admite que las enfermedades crónicas no transmisibles, se comportan como un estrés mantenido en el tiempo, que condiciona la aparición de trastorno afectivo de un 20 y un 25% de los casos (Vásquez Barquero, 1999).

Los problemas asociados a la condición crónica: Las enfermedades de larga evolución, son un recordatorio constante de su condición de enfermo a los pacientes que las sufren, las enfermedades crónicas conllevan una serie de problemas físicos, laborales, familiares y sociales, que explican muchas de sus repercusiones emocionales (Vásquez Barquero, 1999).

Destacan por su frecuencia las siguientes:

Problemas físicos: Las enfermedades crónicas suelen presentar dos tipos de problemas físicos: Los derivados directamente del propio trastorno y los que son consecuencia de los tratamientos médicos mantenidos, que pueden imponer importantes restricciones en la vida de los pacientes. Estos problemas físicos varían en intensidad y capacidad limitante según el tipo de enfermedad. El dolor y las limitaciones funcionales de las enfermedades reumáticas, limitaciones motoras que imponen los problemas neurológicos,

las limitaciones funcionales de las cardiopatías, cuyos síntomas son grandes obstáculos para el mantenimiento de la calidad de vida. Los tratamientos médicos, las restricciones dietéticas y cambio de hábitos que algunas enfermedades requieren (Vásquez Barquero, 1999).

Problemas laborales: Muchas de las enfermedades crónicas no transmisibles obligan a una reconversión en la actividad laboral habitual para adecuarse a la nueva situación. La respuesta adaptativa del paciente a la nueva situación laboral, es un predictor de su adaptación general a la situación de enfermo crónico, y va a depender de la edad del paciente, de sus recursos cognitivos, físicos, apoyos sociales, y del grado de capacitación profesional (Vásquez Barquero, 1999).

Problemas sociales: La incapacidad el cambio de estilo de vida y por tanto la utilización del tiempo libre pueden llevar al paciente a la pérdida de relaciones y al aislamiento social (Vásquez Barquero, 1999).

Síndrome depresivo: Las personas que lo padecen sufren de 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 un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Los síntomas en el plano psíquico se caracterizan por tristeza, desmoralización, pérdida de la autoestima, desinterés; y el plano somático se expresa con astenia, postración, hipoactividad, anorexia, pérdida peso, alteración del sueño (Kaplan Sadock, 1999).

La incidencia de la depresión es del 10% y la prevalencia es del 15 % y en la mujer es mayor del 25%, la depresión es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres, la edad media del inicio de la depresión es de 40 años, el 50% de los pacientes se inicia entre los 20 y los 50 años; el trastorno depresivo se observa más frecuentemente en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas o que están separadas o divorciadas (Kaplan Sadock, 1999).

La depresión primaria: Es la conocida como endógena o melancólica, hay factores psicosociales, es la depresión neurótica o distímica, esta ligada a la personalidad del individuo y fracaso de sus mecanismos de adaptación y son cuadros depresivos reactivos o adaptativos a diferentes causas ambientales.

La depresión secundaria a una enfermedad médica: Es un síndrome que está ligado a una causa orgánica conocida, como las relacionadas con enfermedades médicas, son depresión somatogena o las ocasionadas por los fármacos llamada depresión iatrogénica (Roca Bennasar 1992), (Vásquez Barquero, 1999).

Toda reacción emocional va a ser el producto de la compleja interacción entre dicha vulnerabilidad previa, el tipo específico de disfunción o la localización concreta de la lesión y las circunstancias ambientales. De esta forma, una enfermedad médica, una lesión cerebral o una droga pueden afectar de forma directa esta respuesta emocional, provocando síntomas afectivos en los que el tipo de desajuste funcional que produce y condiciona dicha respuesta, sin que medie la elaboración psicológica del significado de dicha enfermedad. La enfermedad puede provocar síntomas muy directamente ligados a las emociones que suelen ir asociados y aparecen en los criterios diagnósticos de los trastornos afectivos. Dichos síntomas pueden tener un carácter transitorio o duradero, dependiendo del tipo de lesión, disfunción y también de la vulnerabilidad previa. También cuando el paciente tiene cierta conciencia de su defecto y esto condiciona una respuesta emocional que va desde las reacciones catastróficas a funciones del estado de ánimo como una distimia o cuadros depresivos mayores (Rojo Rodes, 1999; Toro Yepes, 1998).

Existen teorías que plantean que en los trastornos depresivos secundarios a problemas médicos son desencadenantes en el sujeto ya vulnerable, las hipótesis neuroquímicas están basadas fundamentalmente en el mecanismo de acción de los fármacos. El primer planteamiento fue el desequilibrio neuroquímico, sobre todo en forma de disminución del nivel de las catecolaminas. Esto dio paso posteriormente a la hipótesis de la alteración de la sensibilidad de los receptores. Los estudios actuales están centrados en los mecanismos intracelulares, de la activación de AMP cíclico y en último término en la regulación a través de ADN de la síntesis de diversas proteínas, no sólo de los receptores de la membrana celular (Rojo Rodes, 1999; Toro Yepes, 1998).

Hay varias vías patogénicas que pueden estar implicadas en la producción de un cuadro depresivo a partir de una enfermedad médica. En primer lugar la enfermedad médica o neurológica puede provocar un daño celular directo a partir de una hipoxia, una Hipoglucemia, neurotoxinas o virus. Para que este daño celular provoque un estado depresivo debe afectar los circuitos neuronales, ya revisados, que están implicados en la respuesta emocional (Rojo Rodes, 1999; Toro Yepes, 1998).

En segundo lugar, toda enfermedad médica pone en marcha los mecanismos fisiológicos del estrés, con un aumento del nivel de glucocorticoides, una activación de los sistemas 3,5 adenosin monofosfato y una activación a la baja de los genes reguladores de la síntesis de factores neurotrópicos, esto conlleva una degeneración y muerte celular, lo que a su vez se traduce en el trastorno emocional. Esto se da sobre todo a nivel del hipocampo y ciertas áreas del córtex (CALDERON, G. 1984).

En tercer lugar, determinadas enfermedades o fármacos pueden provocar un desequilibrio directo de los neurotransmisores con disminución del nivel de catecolaminas que es responsable del cuadro depresivo (CALDERON, G. 1984).

Otra propuesta recientemente es un mecanismo en el que el aspecto patogénico central sería la respuesta inmunológica y más concretamente el aumento de la citoquinas cerebrales. El aumento de las citoquinas, que aparecería ante cualquier enfermedad infecciosa y ante muchas enfermedades no infecciosas, provocaría una disminución de los sistemas de neurotransmisión, lo que a su vez induciría el estado depresivo (CALDERON, G. 1984).

DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.

Diabetes mellitus: La prevalencia de la diabetes mellitus en Nicaragua de acuerdo a indicadores internacionales se estima que el 6% de la población adulta sufre de diabetes.

La diabetes mellitus constituye un grupo de desórdenes metabólicos caracterizados por la hiperglucemia crónica, la cual puede resultar de

defectos en la secreción o en la acción de la insulina o de ambas. El impacto emocional y social como la disciplina en el tratamiento, condiciona en el paciente diabético y su familia a una disfunción psicosocial (MINSA, 1986).

TRATAMIENTO

Diabetes mellitus: el tratamiento debe ser integral
Educación del paciente.

Alimentación y dietas. Actividad física.

Tratamiento farmacológico:

- antidiabéticos orales, la sulfonilureas, biguanidas.
- Insulinoterapia

Tratamiento de las complicaciones.

LA DEPRESIÓN Y LA DIABETES:

La atención psiquiátrica a la diabetes ha sido muy esporádica y existen pocos estudios sistemáticos de sus complicaciones emocionales, en términos generales las complicaciones psiquiátricas se pueden dividir: en las derivadas de la adaptación a la enfermedad en curso crónico y a sus complicaciones y las secundarias propias de la diabetes mellitus. Con independencia de la posible vulnerabilidad biológica, parece existir un componente psicógeno que determina, en parte, el curso de la diabetes, al condicionar la forma de adaptarse a los estresores psicosociales, el primero y fundamental de los cuales es la existencia de la diabetes, e influir de modo decisivo en el tratamiento individual de la propia enfermedad diabética, en especial durante períodos de mayor estrés psicosocial, que ya comparten por sí mismos un agravamiento del trastorno. Este componente emocional confluye diferentes circunstancias. Entre ellas destacan las primeras experiencias en la relación a la diabetes, la respuesta de la familia de origen al diagnóstico de este trastorno, posible alteración emocional depresivo tanto en el paciente como en los familiares, existe tendencia a la inestabilidad emocional, irritabilidad, soledad, desesperanza y depresión; en los adolescentes y adultos jóvenes, los factores vitales estresantes pueden desencadenar episodios de rebelión explosiva con abandono del control personal sobre la dieta, el tratamiento con la insulina. En algunos casos este abandono encubre una conducta suicida, que puede llegar a ser explícita con

consecuencias muy graves (CABREJOS, 1992).

En el adulto, las frecuentes alteraciones sexuales pueden afectar la relación de pareja que junto a ciertas limitaciones en el ámbito laboral pueden contribuir a la presencia de complicaciones emocionales. El tratamiento psiquiátrico en la diabetes tiene como objetivo ayudar a conseguir el mejor control metabólico posible y contribuir a mejorar la calidad de vida. Esta finalidad se consigue con una buena adaptación psicológica del paciente al momento evolutivo de la enfermedad, que asegure una mayor adhesión a la estrategia médica general y una mayor adaptación a las consecuencias de la diabetes y con la detección y abordaje de otros posibles aspectos psiquiátricos como la depresión, que pueda influir en la mayor o menor medida en este control, debe de existir una perspectiva psiquiátrica para valorar de manera global estos pacientes, en esta es preciso destacar la existencia de sintomatología depresiva que requiera una intervención psicofarmacológica exacta, la presencia de acontecimientos vitales, el grado de estrés familiar, los recursos familiares, ya que a mayor estrés y menor recursos llevan a una peor control metabólico de la diabetes y el menor soporte social se relaciona con un peor control metabólico y facilita la aparición de depresión en las complicaciones diabéticas. El abordaje que se realice debe contemplar la educación estructurada de los pacientes y familiares, la posibilidad de acontecimiento vital (CABREJOS, J. 1992).

En los diabéticos merecen especial atención los trastornos depresivos por su incidencia, impacto en el curso de la diabetes y presencia de recursos psicofarmacológicos para su tratamiento. La tasa de prevalencia es de 8.5% a 27.3% que presenta depresión, de estos el 64% del episodio depresivo lo presenta en el primer año de haberse diagnosticado la diabetes, lo cual tiende a contribuirse más a una vulnerabilidad preexistente que el efecto directo de la diabetes. El impacto de la depresión se ha relacionado con una dificultad para mantener un peso apropiado, una tendencia a la hiperglucemia, mayor número de complicaciones, en especial en personas de mayor edad, con mayor afectación en las áreas cognoscitivas en intensidad del dolor en las neuropatías, así como una mayor frecuencia de ideación y conducta suicida. En consecuencia, el diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos mejora la calidad de vida, desde la perspectiva tanto de la remisión de la propia sintomatología depresiva como del impacto que ésta desarrolla sobre la diabetes (CABREJOS, J. 1992).



El uso de antidepresivos en los pacientes diabéticos:

El tratamiento facilita un mejor control metabólico de la misma y optimizan la calidad de vida de los pacientes.

La elección del antidepresivo puede ser cualquiera pero hay que tomar en cuenta los que puede interferir en el curso de la diabetes, en los casos de los **antidepresivos heterocíclicos** pueden disminuir la glicemia al inicio, pero aumentarla en periodo prolongado y provocan aumento de peso; **Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)**, disminuye la glicemia e incrementan el peso; **los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**, disminuye la glicemia y el peso. Actualmente muchos autores recomiendan el uso de los ISRS son los antidepresivos de elección en el tratamiento de la depresión en los pacientes diabéticos, por que facilitan la hipoglucemia y poseen una escasa repercusión ponderal con tendencia incluso a la perdida de peso y un menor compromiso amnésico. Dentro de estos el menor efecto antimuscarínico y la menor interacción farmacológica de la **sertralina** con otros fármacos ha llevado incluso a indicarla como el antidepresivo de elección en la depresión del diabético (ROCCA BENASSAR, 1992).

DEPRESIÓN Y ASMA BRONQUIAL

Las enfermedades psiquiátricas asociadas a enfermedades pulmonares son notablemente frecuentes. Entre las entidades caracterizadas por una limitación del flujo aéreo en los procesos agudos recurrente como es el caso del asma bronquial. En estos procesos morbosos se ha descrito una frecuente presentación de síndromes depresivos. La depresión puede influir negativamente sobre la evolución del paciente con asma bronquial, incrementando la sintomatología respiratoria. El bajo estado de ánimo influye sobre las conductas de salud y tiene como consecuencia un pobre auto cuidado y tendencia a indiferencia ante los síntomas respiratorios. En este sentido hay que destacar la posible relación entre depresión y muerte por asma, que sugiere que la presencia de este trastorno psicopatológico podría actuar como factor de riesgo letal (CABREJOS, J. 1992).

El uso de los corticoides es de gran utilidad en el asma bronquial tanto en la fase aguda o de rescate y el de mantenimiento, se utiliza tanto en la vía oral como la inhalada el mecanismo de acción es desconocido, aunque parece que

tanto los corticoides como la hormona adrenocorticotrópica influirían sobre la síntesis, sensibilidad de receptores y liberación de catecolaminas, indolaminas y sistema gabaérgico, que produce síndromes agudos típicos como la depresión, en un 3-14%, dependiendo de la dosis, a >80 mg. De prednisona (CABREJOS, J. 1992).

Tratamiento:

Si están presente los síntomas de una depresión en un paciente asmático está indicado el tratamiento antidepresivos, preferentemente los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina por su mejor tolerancia que han demostrado su utilidad y su nula acción sobre la enfermedad respiratoria de base y el abordaje psicológico. Y si esta usando dosis altas de corticoides hay que disminuirla o retirarlo si es necesario (CABREJOS, J. 1992).

ASMA BRONQUIAL

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, que se caracteriza por obstrucción bronquial que cede espontáneamente o con tratamiento y por una hiperreactividad bronquial. (Harrison, 2001; Rojo Rodes, 1999).

En Nicaragua, el asma constituye la primera causa de consulta dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, representando el 26.7 % del total. (MINSA, 1986).

La inflamación de las vías aéreas contribuye a:

- Hiperreactividad bronquial.
- Obstrucción bronquial.
- Síntomas respiratorios.
- Cronicidad de la enfermedad.

Tratamiento: tiene dos enfoques importantes, el tratamiento no farmacológico que se refiere al control de los estímulos externos que desencadenan los síntomas. Y el tratamiento farmacológico que son los medicamentos que se usan para contrarrestar los síntomas y este tiene dos momentos, el tratamiento agudo o de rescate y el de mantenimiento (MINSA, 1986).

Medicamentos anti-inflamatorios: Corticoides inhalados y sistémicos

cromoglicato de sodio, nedocromil. Los medicamentos beta 2 de acción corta y larga (salbutamol, salmeterol formoterol e ipratropium) Metilxantinas (teofilina, aminofilina.) Modificadores de los leucotrienos (MINSA, 1986).

LA DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS

La depresión parece ser el trastorno psicológico más estudiado respecto a la artritis reumatoidea. Sin embargo, hay que tener en cuenta que muchos de los síntomas de la depresión son manifestaciones típicas de esta enfermedad, por lo que es frecuente encontrar sobrevalorados la prevalencia de la depresión, la prevalencia es de 17.5% en la depresión mayor y el 41% en las distimias. El deterioro físico es el predictor más importante de depresión, otros factores importantes son la duración de la enfermedad, el aislamiento social y los problemas económicos, además es un dolor crónico esta asociado a síntomas depresivos. En la artritis reumatoidea se han descrito dos tipos de reacciones depresivas: una grave con ansiedad y dificultad en la adaptación a la enfermedad, asociada a la artritis de evolución crónica, rápida e intensa y otra leve, con actitud sumisa y adaptada al proceso de enfermedad que está asociada a un curso menos grave y más lento (Roca Bennasar, 1992; Rojo Rodes, 1999).

En la osteoartritis dada la condición de enfermedad crónica, el período de vida en el que incide, los aspectos clínicos del dolor y la limitación funcional, es frecuente encontrar síntomas depresivos en un 12 al 19%, la presencia de esta enfermedad implica peor calidad de vida, más utilización de recursos y costos más elevados. Se han considerado como posibles predictores de sintomatología depresiva, la edad joven, un nivel educativo bajo y una percepción alta del impacto de la enfermedad. El soporte social y el entrenamiento en técnicas de afrontamiento deben considerarse dentro de las recomendaciones terapéuticas indicadas en este proceso (Roca Bennasar, 1992; Rojo Rodes, 1999).

Además el tratamiento de las afecciones osteomusculares, sea de etiología reumatoide, autoinmune, mecánica o metabólica, se emplea una amplia diversidad de fármacos específicos tanto de la primera línea como los antiinflamatorio no esteroideos (AINES) y los de segunda línea como los corticoides, en ambos casos puede dar como reacción medicamentosa un síndrome depresivo (Roca Bennasar, 1992; Rojo Rodes, 1999).

En el tratamiento antidepresivo empleado están los tricíclicos como

amitriptilina a dosis de 50-75 mg/día, imipramina a igual dosis, los ISRS como la sertralina a dosis de 50-100mg/día y fluoxetina a 20 mg/día.

ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Las enfermedades reumáticas son padecimientos que se acompañan invariablemente de dolor, inflamación e impotencia funcional reversibles o no, perjudican en forma importante al paciente, a la familia y a la comunidad, determinando un número significativo de incapacidades, lo que conllevan al deterioro socioeconómico. (Harrison, 2001; MINSA, 1986).

Las enfermedades reumáticas crónicas son de alta incidencia universal, principalmente en la población adulta de más de 50 años provocando por consiguiente una gran demanda de atención en los centros de salud, dentro de las enfermedades reumáticas la más frecuente es la osteoartritis que tiene una prevalencia del 90% en la población mayor de 50 años, constituye la tercera causa de consulta dentro de las enfermedades crónicas. (Harrison, 2001).

Los síntomas dominantes son: El dolor, rigidez y limitación de los movimientos de la articulación afectada, deformidad e inflamación (Harrison, 2001.)

Tratamiento:Esta a base de ácido acetil salicílico, acetaminofen, indometacina, ibuprofeno, meloxicam (Goodman y Gilman, 1996; Harrison, 2001).

Artritis reumatoidea: Es una enfermedad sistémica, evolutiva de etiología inmunológica, caracterizada por inflamación crónica de membranas sinoviales con formación de complejos inmunes con elementos celulares que erosiona cartílagos, huesos ligamentos y tendones, con tendencia a comprometer simétricamente las articulaciones presentando fluctuaciones en su actividad de intensidad variables, puede ocurrir desde remisiones espontáneas a marcada tendencia deformante. En un 10% suele acompañarse de manifestaciones extra articulares en corazón, pulmones, ojos, tejidos celular sub cutáneo, nervios periféricos, lo que implica mal pronósticos (Harrison, 2001; MINSA, 1986).

Tratamiento: De la primera línea son ácido acetil salicílico, indometacina, ibuprofeno meloxicam, diclofenac, peroxicam. Fármacos de segunda línea, hidroxicloroquina, metrotectato, corticoides (Goodman y Gilman, 1996; Harrison, 2001).

Artritis úrica: La gota se caracteriza por episodios recidivantes de artritis inflamatoria aguda, producida por la liberación y la acumulación de depósitos de urato sódico, en la luz articular, acompañándose de forma variable de tofos, nefrolitiasis o insuficiencia renal. Existe una alteración metabólica del ácido úrico que produce una hiperuricemia prolongada, ya sea por una producción excesiva o bien por una eliminación renal insuficiente (Harrison,2001).

Tratamiento: durante la crisis aguda se utiliza la diclofenac colchicina, indometacina, ibuprofeno, meloxicán y el tratamiento de fondo alopurinol y la colchicina (Goodman y Gilman, 1996; Harrison, 2001).

DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La depresión como factor de riesgo: La autopercepción del estrés psicológico es un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares independiente de la edad y de otros factores de riesgo, los mecanismos mediante los cuales la depresión contribuye a la ateriogénesis todavía esta de manera hipotética. Los mecanismos neuroendocrinos ligado a la depresión pueden facilitar la liberación de lípidos y su posterior depósito a nivel vascular. La depresión puede precipitar el infarto del miocardio en un paciente afectado de arteriosclerosis, también la depresión posee un papel potencial en la precipitación de trombos relacionados con la aparición de infarto. Y los efectos secundarios asociados a diversos tratamiento como los beta bloqueadores, metildopa, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), que interfieren en el metabolismo de los monoaminas, vaciando los depósitos de noradrenalina (Roca Bennasar, 1992; Rojo Rodas, 1999).

Tratamiento: Los ISRS como la fluoxetina, sertalina, fluvoxamina y citalopram, se tratan de un grupo de fármacos relativamente seguros en las enfermedades cardiovasculares, ya que estos están exentos de actividad anticolinérgicas y alfa adrenérgicas. Existen evidencias de que la fluoxetina es útil para disminuir la cólera asociada a depresión. En función de la relación existente entre serotonina cólera y riesgo cardiovascular, los ISRS pueden estar indicados en pacientes deprimidos y no deprimidos con cardiopatía isquémica que presentan grados elevados de cólera, hostilidad y agresividad (Goodman y Gilman, 1996; Roca Bennasar, 1992).

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares, en general, constituyen la principal causa de defunción para el conjunto de la población. En Nicaragua es el segundo motivo de consulta, dentro de las enfermedades crónicas con un 24.6% corresponde a la hipertensión arterial (Harrison, 2001; MINSA, 1986).

Las enfermedades a dispensar en las normas nacionales son:

1. Hipertensión Arterial.
2. Insuficiencia cardíaca.
3. Enfermedades coronarias.
4. Enfermedad valvular reumática. (MINSA, 1986).

Hipertensión arterial: Se define como un nivel de presión arterial sistólica de 140 mmHg o superior o como nivel de presión diastólica de 90 mmHg o más elevado (Harrison, 2001; MINSA, 1986).

Tratamiento farmacológico: aquí solo se consideran los medicamentos de la lista básica del MINSA (Goodman y Gilman, 1996; MINSA, 1986).

1. Diuréticos: hidroclorotiazida, amiloride.
2. Betabloqueadores: propanol.
3. Bloqueantes de acción central: el alfa metildopa.
4. Vasodilatadores: hidralazina.
5. Antagonista del calcio: nifedipina.
6. Inhibidores de la ECA: enalapril.
7. Bloqueadores de los receptores de la angiotensina II Losartán.

Insuficiencia cardíaca: Se define como la incapacidad del corazón para bombear un volumen de sangre hacia el organismo para satisfacer sus necesidades metabólicas con presiones normales de llenado ventricular. La causa puede ser por anomalías mecánicas, miocárdicas, en la secuencia eléctrica cardíaca (Harrison, 2001; MINSA, 1986).

El tratamiento es tratar la causa identificable, aumentar al máximo la hemodinámica, tratar arritmias cardíacas, se utiliza la digoxina (Harrison, 2001; MINSA, 1986).

Enfermedad coronaria: La arteriosclerosis es la alteración patológica

predisponente en las arterias para provocar reducción en su lumen, el cual provoca angina de pecho, debido a una disminución de oxígeno en las zonas irrigadas por los vasos (Harrison, 2001; MINSA, 1986).

El tratamiento: Los preparados de nitroglicerina como el nitrato de isosorbide sublingual y oral, antagonista del calcio como la verapamil, betabloqueadores el propanolol, antiplaquetario como la aspirina (Harrison, 2001; MINSA, 1986).

DEPRESIÓN Y EPILEPSIA

La depresión en la epilepsia es una de las afectaciones más frecuentes, puede presentarse como pródromos postictales o interictales. La depresión prodrómica es frecuente y puede preceder incluso en días a las crisis epilépticas. En ocasiones resulta difícil diferenciar una depresión prodrómica o postictal de una interictal, aunque el inicio es paroxístico, la duración menor y la mayor intensidad de las dos primeras ayudan al diagnóstico. En la epilepsia la depresión postictal es muy frecuente y se piensa que alrededor de un 80% de los epilépticos la padecen. Se observa sobre todos en individuos con crisis parciales complejas en contra posición de las tónicas clónicas generalizadas o en pacientes con crisis temporal frente a las de otros orígenes. Se ha sugerido en algunos epilépticos la depresión pueden estar producida por afectación en el sistema límbico. A sí mismo puede ser reactiva a las consecuencias que una enfermedad crónica como la epilepsia conlleva en cuanto a la calidad de vida del paciente. Es posible que sea tan grave que conduzca al suicidio, encontrando que el 30% tienen historia de intento suicida. En la epilepsia del lóbulo temporal la incidencia de suicidio es 25 veces superior a la población general (Goodman y Gilman, 1996; Kaplan Sadock 1999; Rocca Bennasar, 1992).

El tratamiento debe englobar tanto psicofarmacoterapia como psicoterapia, en cuanto al tratamiento psicofarmacológico, los IRS son seguros y pueden usarse con precaución trazodona, los inhibidores de la monoaminoxidasa y las amina secundaria tricíclicas. Hay que tener en cuenta que los anticomisiales como la carbamacepina o el valproato pueden mejorar la sintomatología de la depresión, mientras que otro como el fenobarbital pueden agravarla, lo que resulta esencial en el momento de decidir el tratamiento anticonvulsivo (Goodman y Gilman, 1996; Kaplan Sadock 1999; Rocca Bennasar, 1992).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL CIE 10 DE LOS TRASTORNOS

DEPRESIVOS.

Capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparecen incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones los siguientes síntomas y signos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil.
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones. Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

Criterio " A" (criterios generales).

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- Ausencia de síntomas hipomaniacos o maniacos, suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodio hipomaniaco o maniaco en cualquier momento de la vida del individuo.
- Criterio de exclusión más frecuente usado: el episodio no es atribuible a abusos de sustancias psicoactivas o trastornos mental orgánico.

Criterio de un episodio depresivo leve:

- A.** Se satisfacen los criterios generales del episodio depresivo.
- B.** Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas.

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
4. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas adicionales.
5. Pérdida de confianza, estimulación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
6. Reproche hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- 7.
8. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
9. Queja o disminución de capacidad de concentrarse y de pensar, acompañada de falta de decisión y vacilaciones.
10. Cambios de apetitos (aumento o disminución) con la correspondiente modificación del peso.
11. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

Debe utilizarse un quinto dígito para especificar la presencia de un síndrome somático tal como se define:

- Sin síntoma somático.
- Con síntoma somático.

Episodio depresivo moderado.

- Se satisfacen los criterios generales del episodio depresivo.

- Presencia de al menos dos de los tres síntomas del criterio **B**.
- Síntomas adicionales del criterio **C** hasta completar en total al menos seis.

Debe usarse un quinto dígito para especificar la presencia del síndrome somático tal como se define:

- Sin síntoma somático.
- Con síntoma somático.

Episodio depresivo grave.

Sin síntoma psicótico:

- A.** Se satisface los criterios generales del episodio depresivo.
- B.** Presencia de los 3 síntomas del criterio **B**.
- C.** Síntomas adicionales del criterio **C** hasta completar en total al menos ocho. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

Episodio depresivo grave con síntoma psicótico

- A.** Se satisfacen todos los criterios generales.
- B.** Se satisfacen todos los criterios diagnósticos del episodio depresivo grave sin síntoma **psicótico** con la excepción del criterio **D**
- C.** No se satisfacen los criterios de esquizofrenia ni de trastornos esquizoafectivo de tipo depresivo, grave o moderado.
- D.** Están presentes 1 ó 2 los siguientes:
 1. Alucinaciones o ideas delirantes que no satisfacen los criterios de ninguno de los grupos de síntoma de esquizofrenia.
 2. Estupor depresivo.

Se debe utilizar un quinto dígito para especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:

Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo por ejemplo ideas de culpa, de nihilismo, hipocondríacas, de ruinas o de catástrofe inminente, alucinaciones auditivas despectivas o condenatorias. Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo por ejemplo, ideas delirantes de persecución o autorreferenciales y alucinaciones sin contenido afectivo (Kaplan Sadock, 1999).

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio:

El presente estudio comparó la proporción de individuos en los que se detectó depresión con una escala durante el periodo de noviembre 2009, en dos grupos: 1) Adultos diagnosticados actualmente con alguna enfermedad crónica no transmisible y 2) paciente no crónico (sin enfermedades crónicas o discapacidad al momento del estudio).

Por lo que se clasifica como un estudio epidemiológico Observacional, analítico, retrospectivo, transversal.

Transversal:

- ***Medición de la exposición:*** En este estudio se consideró como factor principal de exposición al padecimiento de alguna enfermedad crónica no transmisible. Los individuos fueron clasificados en dos grupos de acuerdo a su estatus de exposición actual (al momento del estudio): 1) Con el factor de exposición (padecimiento de alguna enfermedad crónica no transmisible); 2) Sin el factor principal de exposición, sin ningún padecimiento crónico.
- ***Medición del efecto:*** Se consideró como efecto “la ocurrencia de depresión en cualquier momento del periodo de estudio. Este efecto se midió a través de una encuesta basada en una escala clinimétrico para clasificar el tipo de trastorno depresivo de la población estudiada, siendo realizada en una sola ocasión, representando el estado actual de su salud mental.

Es decir que en este estudio la medición de la exposición y del efecto se realizó en una sola ocasión y de forma simultánea. Estos representan criterios para definir un estudio como transversal (**Rothman and Greenland 1998; Rothman 2002; Checkoway and Pearce 2004**).

Analítico:

- Este estudio pretende estimar la fuerza de la asociación entre las enfermedades crónicas no transmisibles y la ocurrencia de depresión. Por lo que se comparan dos grupos distintos de individuos clasificados por su factor de exposición.
- Se plantean una serie de hipótesis en relación a la asociación de factores de exposición (Enfermedades crónicas no transmisibles y otros potenciales factores de riesgo) y un efecto principal (Síndrome depresivo)

La presencia de grupos de comparación y la formulación de hipótesis representan criterios para definir a un estudio como analítico **(Rothman and Greenland 1998; Rothman 2002; Checkoway and Pearce 2004)**.

Área y período de estudio

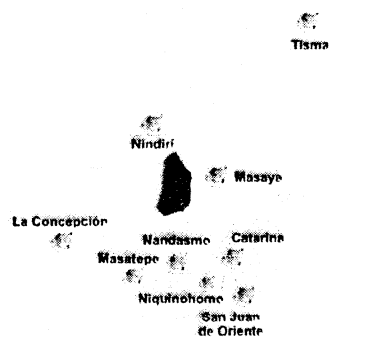


Figura 1: Mapa de los Municipios de Masaya. Aquí observamos la localización del municipio de Nindirí.

El municipio de Nindirí pertenece al departamento de Masaya, y está localizado a 26 Kilómetros al sur de Managua. Consta de 1 área rural, y 17 áreas urbanas, con una población aproximada de 36, 845 habitantes, se los cuales se estima que aproximadamente 9,211 habitantes son mayores de 40 años. El municipio es atendido por un centro de salud y 5 puestos de salud (Los altos, San Francisco, Buena Vista, Veracruz y Cofradía)

Población de estudio y población de referencia

Universo

El universo está conformado por todos los pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles.

No hay datos oficiales disponibles sobre la cantidad exacta de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo que únicamente se cuenta con estimaciones.

Población Fuente

La población fuente está constituida por el total de pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles procedentes del municipio de Nindirí Masaya la cual es de 940 pacientes diagnosticados actualmente y registrados como pacientes crónicos (dispensarizados) en las unidades de atención primaria pública del municipio.

Población de estudio

La población de estudio se definió en base a una serie de criterios de selección que se describen en una sección posterior.

Por lo que en este estudio se estimó un total de 921 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, que representan adultos ≥ 40 años, que asisten de forma regular a la consulta general, que presentan al menos un año de duración de la enfermedad desde su debut y que han residido en el municipio de Nindirí Masaya.

Grupo de referencia o comparación.

En este estudio se decidió usar como grupo de comparación o referencia a pacientes sin enfermedades crónicas no transmisibles mayores de 40 años correspondientes a población General, que viven en las área de cobertura de las unidades de atención primaria del municipio de Nindirí (ver descripción de área de estudio). La población fuente está conformada por todos aquellos que acuden a la consulta de atención primaria en el municipio. A esta población se le aplicó criterios de selección, para conformar una población de estudio.

Muestra

La determinación de la muestra tiene dos componentes: 1) la estimación del tamaño muestral necesario; y 2) el establecimiento de los procedimientos de selección de los individuos.

Tamaño de la muestra

Debido a que en este estudio se pretendió comparar la frecuencia de diversos factores de interés en 2 muestras independientes, el tamaño de cada una fue calculado a través de una fórmula estadística para comparar dos proporciones (Mateu y Casal 2003).

$$n = \frac{\left[z_{\alpha} (2pq)^{1/2} - z_{\beta} (p_e q_e + p_c q_c)^{1/2} \right]^2}{(p_e - p_c)^2}$$

Donde,

n= tamaño de la muestra

Z_α= 1.96 para el 95% de confianza

Z_β= -0.84 para un error de $\hat{\alpha}$ del 20% (poder del estudio)

P_e= Frecuencia de la respuesta en el grupo de estudio

P_c= Frecuencia de la respuesta en el grupo de comparación.

P= (P_e+P_c)/2

Q= 1-P

Debido a que se desconocen la frecuencia esperada, se asumió una frecuencia en el grupo de estudio de 0.5 y en el grupo de comparación de 0.5.

Esta distribución nos da la muestra mayor. Para el calculo de la muestra se aplicó el programa Power and Sample Size (PS).

La muestra estimada fue de 100 en cada grupo, para un total de 200.

Selección de los individuos.

Grupo de estudio: En Nuestro estudio se seleccionó a todo individuo que cumplió con los criterios de selección y que asistió a la consulta de atención primaria en cada una de las unidades de salud seleccionadas en el estudio por causa de una enfermedad crónica no transmisible, durante los tres primeros días de la semana seleccionada para realizar el trabajo de campo. Durante estos días se entrevistó a todo el que asistió hasta alcanzar el tamaño de muestra estimado, por lo que no hubo necesidad de aplicar procedimientos de muestreo complejos.

Grupo de referencia: Un vez obtenido los individuos con enfermedades crónicas, se les solicitó dirección exacta. Posteriormente se localizó el área de residencia de estos individuos, y se procedió a visitar la casa contigua a la del paciente con enfermedad crónica. En estas casas se preguntó por todo individuo mayor de 40 años, al que no se le haya diagnosticado enfermedad crónica no transmisible. A todos los individuos identificados se les pidió autorización para realizar la entrevista. A todos los que respondieron afirmativamente se les realizó la aplicación del instrumento de recolección hasta alcanzar la muestra estimada.

Criterios de selección

Grupo de estudio

Criterios de inclusión

- Mayor o igual a 40 años.
- Que resida en área de Studio (al menos durante los últimos 12 meses)
- Que asista a la unidad de salud durante la semana correspondiente al

trabajo de campo.

- Que se le haya diagnosticado enfermedad crónica no transmisibles (que son manejadas dentro del programa de crónicos de las unidades públicas de salud) o bien sean manejadas en la consulta de atención primaria.
- Que asista a su unidad de salud local correspondiente.

Criterios de exclusión

- Que presente alguna incapacidad física o mental que le impida realizar la entrevista
- Que no acepte participar en el estudio
- Que presente algún trastorno psiquiátrico conocido por el paciente.

Grupo de referencia

Criterios de inclusión

- Mayor o igual a 40 años.
- Que resida en área de Studio (al menos durante los últimos 12 meses)
- Que esté presente al momento de la visita al hogar (durante el trabajo de campo)
- Que no se le haya diagnosticado enfermedad crónica no transmisibles (que son manejadas dentro del programa de crónicos de las unidades públicas de salud) o bien sean manejadas en la consulta de atención primaria.
- Que asista a su unidad de salud local correspondiente.

Criterios de exclusión

- Que presente alguna incapacidad física o mental que le impida realizar la entrevista
- Que no acepte participar en el estudio
- Que presente algún trastorno psiquiátrico conocido por el paciente.

Recolección de la información

Instrumento:

Se utilizó la Escala Clinimétrica para diagnosticar Depresión, la cual está basada en los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para diagnosticar depresión.

Consta de 13 reactivos (ítems). Posteriormente se realiza una sumatoria de puntos de acuerdo a las respuestas brindadas por el entrevistado, realizándose una clasificación: si consta de 6 puntos se define como depresión leve, 8 puntos depresión moderada y 11 puntos o más como depresión grave.

Es de fácil comprensión ya que utiliza respuestas dicotómicas lo que permite su utilización en un tiempo corto para sospecharla o descartarla y confirmar la depresión.

Procedimientos para recolectar la información:

Previo a la realización del trabajo de campo principal, se llevó a cabo una prueba piloto para evaluar el instrumento seleccionado, a través de la aplicación de 10 entrevistas (5 entrevistas a pacientes con enfermedades crónicas, y 5 pacientes sin enfermedades crónicas, mayores de 40 años).

Posteriormente se realizó el trabajo de campo principal, durante una semana durante el mes de Noviembre del 2009.

La información se obtuvo a través de la realización de una entrevista directa en el momento de la consulta en las unidades de atención primaria o bien durante visitas domiciliarias, durante la cual se aplicó un cuestionario estructurado, que contenía dos grandes secciones: 1) Datos generales (de afiliación, y socio-demográficos); 2) Escala Clinimétrica para la Detección de Depresión (ECDD).

Posteriormente los resultados se analizaron a través de la escala y la sumatoria de sus puntos para su debida clasificación en: 1) ausencia de depresión; 2) en depresión leve; 3) en depresión moderada; y 4) en depresión grave.

Las entrevistas fueron realizadas por el equipo investigadores y dos médicos más, colaboradores previamente entrenados. Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo en privacidad.

Procedimientos para procesar y analizar la información

Creación de la base de datos

La información obtenida a través de la aplicación de los instrumentos se introdujo en una base de datos y fue analizada utilizando el programa SPSS 18.0 versión para Windows (SPSS Inc. 2009).

Análisis Estadístico y Cruce de Variables

Estadística descriptiva

Se elaboraron tablas de frecuencia (absolutas y porcentajes) de cada una de las variables cualitativas (categóricas). Los datos se presentaron en forma de tablas de contingencia y gráficos de barras.

Para variables cuantitativas se determinaron estadígrafos de tendencia central y de dispersión; las medidas utilizadas estuvieron en dependencia del tipo de distribución de los valores de la variable (normal o no normal- asimétrica).

Normal: Media y desviación estándar

No normal: Mediana, rango

Las variables cuantitativas fueron expresada en gráficos de dispersión.

Estadística analítica

Para estimar la asociación entre dos variables categóricas se utilizó la siguiente batería de pruebas estadísticas: Chi-Cuadrado Pearson, Corrección de continuidad, Razón de probabilidad, Prueba exacta de Fisher, Asociación linear-linear. También se exploró la fuerza de asociación estimando Odd Ratio (RR) a través de regresión logística multinomial.

Se consideró que una asociación o diferencia fue estadísticamente significativa cuando el valor de $p < 0.05$.

Listado de variables.

- Edad
- Sexo
- Ocupación.
- Religión
- Estado civil.
- Escolaridad
- Tipo de depresión leve, moderada, severa.
- Enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedades cardiovasculares, Epilepsia, Artritis.
- Puesto de Salud: P/S San Francisco, P/S Los Altos, P/S Veracruz, C/S Enrique Cisne, P/S Buena Vista, P/S Cofradía.
- Alteraciones del estado de ánimo.
- Alteraciones del apetito.
- Alteraciones del peso corporal.
- Alteraciones del sueño.
- Perdida de la autoestima.
- Alteraciones en la concentración.
- Ideas suicidas.
- Alteraciones motoras.

Cruce de variables

- Sexo / depresión.
- Estado civil / depresión.
- Escolaridad / depresión.
- Religión / depresión.
- Ocupación / empleado / desempleado / depresión.
- Enfermedad crónico/ Depresión.
- Enfermedad crónica/ Tipo de depresión.

Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Es el somatotipo, es el sexo asignado desde el momento del nacimiento, de acuerdo con el aspecto de los genitales externos	Según información brindada por el individuo durante la entrevista,	Femenino; Masculino
Edad	Tiempo de vida de una persona desde el momento de su nacimiento hasta la fecha del estudio	Según información brindada por el individuo durante la entrevista, edad medida en años	Expresada de forma cuantitativa; Media y Desviación estándar.
Estado laboral	Situación del entrevistado en relación a la realización de una actividad que genere un ingreso económico de forma regular	Según información brindada por el individuo durante la entrevista,	Trabaja; No Trabaja
Empleo	Si en la actualidad que tipo de trabajo desempeña	Si el trabajo es estable	Empleado Subempleado Desempleado
Estado civil	El Estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Según información brindada por el individuo durante la entrevista, expresada en categorías	Soltero, acompañado, casado, viudo, divorciado
unidad de salud	Lugar de atención médica comunitaria pública.	Según la unidad de salud de atención.	San Francisco Los Altos Veracruz C/S Enrique cisne. Cofradía

Escolaridad	Etapa del ciclo de estudio (nivel educativo) alcanzado por el individuo al momento de la entrevista	Según información brindada por el individuo durante la entrevista, expresada en categorías	Analfabeto Primaria Secundaria Educación superior
Religión.	Conjunto de creencias espirituales de una determinada secta.	Según la información brindada por el individuo	Católica. Evangélica Testigo de Jehová Otra Ninguna
Enfermedad crónica no transmisible	Son aquellas enfermedades que su evolución son crónicas, presentando complicaciones acorto o largo tiempo, tanto físicas como psíquica, por el estrés sostenido, y que hayan sido diagnosticadas y estén siendo manejadas por personal de salud	Según la información brindada por el individuo durante la entrevista.	Diabetes mellitus. Asma bronquial Enfermedades reumáticas. Epilepsias Enfermedades cardiovasculares
Depresión	Trastornos del estado de ánimo, los pacientes muestran pérdida de energía, de interés, sentimiento de culpa, pérdida del apetito e ideas suicidio.	Según la información brindada por el individuo a través de una Escala Clinimétrica expresada en categorías.	Ausencia de depresión. Depresión leve. Depresión moderada. Depresión grave.
Alteraciones del estado de animo	Cambios de humor caracterizado por sentimientos de tristeza, desanimo experimentados por el individuo.	Según la información brindada por el individuo al momento de la entrevista.	Si no
Alteraciones del apetito	Aumento o disminución del apetito experimentado por el individuo sin causa aparente.	Según la información brindada por el individuo al momento de la entrevista.	Si No

Alteraciones del peso corporal.	Disminución o ganancia de peso significativa sin causa aparente.	Según la información brindada por el individuo al momento de la entrevista.	Si No
Alteraciones del sueño.	Dificultad para dormir o para permanecer dormido experimentado por el individuo.	Según la información brindada por el individuo al momento de la entrevista	Si No
Perdida de la autoestima.	Perdida de la confianza en si mismo experimentada por el individuo caracterizada por sentimientos de inferioridad, inseguridad y culpabilidad.	Según la información brindada por el individuo al momento de la entrevista	Si No
Alteraciones de la concentración.	Perdida de la capacidad de concentración en las actividades cotidianas experimentadas por el individuo.	Según la información brindada por el individuo al momento de la entrevista.	Si No
Ideas suicidas	Pensamientos y comportamientos suicidas experimentados por el individuo.	Según la información brindada por el individuo al momento de la entrevista	Si No
Alteraciones motoras	Pérdida e incapacidad de realizar actividades básicas motoras.	Según la información brindada por el individuo al momento de la entrevista.	Si No

Consideraciones éticas

Las investigación se aprobó por las instituciones involucrada (Facultad de Medicina de la UNAN Managua y el Centro de Salud Enrique Cisne municipio Nindiri Masaya).

Una vez terminada la investigación se diseminará y discutirá con las instituciones y autoridades correspondientes, para el mayor provecho de la información generada.

RESULTADOS.

Se realizaron 240 encuestas a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y pacientes no crónicos mayores de 40 años, incluyéndose a todos los pacientes que se atendieron en la consulta general en el municipio de Nindiri Masaya en el periodo de noviembre 2009 y llenaron la encuesta voluntariamente de los cuales 138 son pacientes que padecen al menos una enfermedad crónica no transmisible y 102 corresponden a los pacientes que no presentan ninguna de estas enfermedades (Cuadro No. 1)

Del grupo poblacional en estudio pertenecientes a las diferentes unidades de salud del municipio de Nindiri Masaya se encontró que el 42% con 101 pacientes pertenecen al puesto de salud San Francisco dividido en 53.5% de pacientes no crónicos y 46.5% de pacientes crónicos, seguido del 26% del Centro de Salud Enrique Cisne con 62 pacientes divididos en 32.3% en pacientes no crónicos y el 67.7% en pacientes crónicos, continuando en orden descendente con el 14% el puesto de Salud Veracruz con 33 divididos en 42.4% de pacientes no crónicos y 57.6% de pacientes crónicos, el 10% con 25 pacientes corresponde al P/S Buena Vista divididos en 24% de pacientes no crónicos y 67% de pacientes crónicos y el 2% con 5 pacientes corresponde al P/S Cofradía con un 100% de pacientes crónicos, para un total de 240 encuestados. (Cuadro No. 1)

De los pacientes encuestados el grupo de edad predominante en los pacientes no crónicos fueron los de 50 años, mientras que en el grupo de los pacientes crónicos el grupo etáreo predominante fue de 60 años. (Gráfico 3)

Se encontró que en los pacientes encuestados, los no crónicos presentaron ausencia de depresión con un 35 % correspondiente a 36 encuestados y el 64% presento algún tipo de depresión correspondiente a 66 pacientes. Sin embargo los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles apenas un 10% con 14 pacientes tuvieron ausencia de depresión y el 89.8% que corresponde a 124 pacientes presentaron algún tipo de depresión siendo estos los que tienen mayor riesgo de padecer algún tipo de depresión con un OR de 4.8. (IC 2.4-9.6). Al evaluar la asociación estadística el valor de p fue menor de 0.05 en cada una de las pruebas estadísticas (Cuadro No. 3)

De los 240 pacientes encuestados el 35.2% (36) pertenecientes al grupo no crónico y un 10.1% (14) de los pacientes con enfermedades crónicas presentaron ausencia de depresión., el 31.3% (32) de los pacientes no crónicos seguido de un 21% (29) de los pacientes con enfermedades crónicas presentaron depresión leve. El 33% (34) de los pacientes no crónicos y 30.4%(42) de los crónicos presentaron depresión moderada.

Sin embargo solamente el grupo de pacientes con enfermedades crónicas presentaron depresión grave con un 38.4% correspondiente a 54 pacientes. Al evaluar la asociación estadística el valor de p fue menor de 0.05 en cada una de las pruebas estadísticas (Cuadro No. 4)

Se identifico que el sexo masculino es el predominante en el grupo poblacional de los pacientes no crónicos con un 62.7% equivalente a 64 pacientes seguido de un 37.2% correspondiente al sexo femenino con 38 pacientes, de estos el grupo que presento mayor porcentaje de depresión fue el femenino con un 84% y el masculino presento un 53%. Mientras que el sexo predominante en los pacientes con enfermedades crónicas fue el femenino con un 65.2% que corresponden a 90 encuestadas y un 34.7% para el sexo masculino con 48 pacientes, de estos el grupo que presento mayor porcentaje de depresión fue el masculino con un 94% y el sexo femenino presento 88%. (Cuadro 5 y 10). Al evaluar la asociación estadística el valor de p fue menor de 0.05 en cada una de las pruebas estadísticas (Cuadro 15)

La escolaridad predominante fue la secundaria en ambos grupos con un 41.1% (42) para los pacientes no crónicos y esta fue la que presento mayor depresión con un 45% y un 31.3% (53) presentando también mayor depresión en este grupo con un 39% para los pacientes crónicos, seguido de la primaria con un 23.4% (24) de pacientes no crónicos y un 29.6% (41) para los pacientes crónicos, el 11.7% (12) correspondiente a los pacientes no crónicos son analfabetos y un 21.7% (30) para los pacientes crónicos. (Cuadro 6 y 11). Al evaluar la asociación estadística el valor de p fue menor de 0.05 en cada una de las pruebas estadísticas (Cuadro 15)

Del grupo de los pacientes no crónicos encuestados se encontró que: 28 (27.4%) están casados, 46 (45.1%) en unión estable, 18 (17.6%) están solteros, 6 (5.8%) divorciados, 4 (3.9%) viudo, siendo el grupo predominante en sufrir depresión fueron los pacientes con uniones estables con un 52%, seguido de los casados con un 18%, seguido de los solteros con un 15%, los divorciados con un 9% y por ultimo los viudos con un 6% y en el grupo de los pacientes con enfermedades crónicas 41 (27.9%) están casados, 63 (45.6%) en unión estable, 11(7.9%) están solteros, 8(5.8%) viudo, el grupo predominante en sufrir depresión fueron los pacientes con unión estable con un 46%, seguido de los casados con un 28%, seguido de los divorciados con un 12%, posteriormente los solteros con un 7% y por ultimo los viudos con un 6%. (Cuadro 7 y 12). Al evaluar la asociación estadística el valor de p fue mayor de 0.05 en cada una de las pruebas estadísticas (Cuadro 15)

Se encontró que la religión predominante en el grupo poblacional de los pacientes no crónicos fue la católica con 50.9% (52), seguido de la evangélica con un 21.5% (22), 13.7% (14) son testigos de Jehová, un 9.8% (10) no profesan ninguna religión y 3.9%

(4) profesan otro tipo de religión, de los cuales el grupo mas afectado con depresión fueron los católicos con un 52%, seguido de los evangélicos con 21%, seguido de los testigos de Jehová con un 15% y en igual porcentaje los que profesan otras religiones y los que no practican ninguna religión con un 6%. En el grupo de pacientes con enfermedades crónicas predomino la religión evangélica con un 48.5% (67), seguida de la católica con un 41.3% (57), un 5% (7) son testigos de Jehová y 5% (7) no profesan ninguna religión, de estos el grupo mas afectado con depresión fueron los evangélicos con un 51%, seguido de los católicos con un 39%, seguido de los testigos de Jehová con un 6% y los que no profesan ninguna religión con un 5%. (Cuadro 8 y 13). Al evaluar la asociación estadística el valor de p fue menor de 0.05 en cada una de las pruebas estadísticas (Cuadro 15)

De los pacientes con enfermedades crónicas un alto porcentaje equivalente al 63% (87) se encuentran desempleados y solamente el 36.9% (51) trabajan actualmente, de los cuales el grupo mas afectado con depresión fueron los desempleados con un 52%; a diferencia del grupo de los pacientes no crónicos que 62.7% (64) trabajan actualmente y el 37.2% (38) se encuentra desempleados, sin embargo de este grupo el mas afectado con depresión lo constituyeron los desempleados con un 64%. (Cuadro 9 y 14). Al evaluar la asociación estadística el valor de p fue menor de 0.05 en cada una de las pruebas estadísticas (Cuadro 15)

DISCUSIÓN

Se observó que en paciente crónicos el 89.8% presentó algún tipo de depresión, en cambio en los no crónicos el 64% presento algún tipo de depresión. Es decir que los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles son los que tienen mayor riesgo de padecer algún tipo de depresión ($OR=4.8$). El 25.4% de nuestro grupo poblacional en estudio presento depresión leve. En general los pacientes crónicos presentaron con mayor frecuencia depresión moderada a severa, mientras que los no crónicos presentaron depresión leve a moderada. En los pacientes no crónicos el sexo femenino fue el que presento mayor depresión con un 84%, mientras que en los pacientes crónicos el sexo masculino fue el más afectado en presentar depresión con un 94%. Además de la presencia de enfermedad crónica otras variables sociodemográficas mostraron asociación como la escolaridad, estado civil, religión y estado laboral, por los que se considera que la depresión tiene múltiples factores causales y múltiples facetas, representado un problema complejo. Se considera que la identificación de factores relacionados con la depresión en el adulto mayor, por parte del personal de salud, puede contribuir al manejo integral evaluando el estado de salud y colaborando para mantener la calidad de vida.

Previo a presentar la comparación de nuestros hallazgos en relación a los estudios internacionales y nacionales disponible, creemos conveniente realizar una autoevaluación.

Un aspecto a favor en esta tesis es que luego de haber estimado el tamaño de la muestra requerida obtuvimos una tasa de respuesta positiva del 94% de todos los invitados, y además excedimos la meta esperada, ya que la muestra captada fue superior a la muestra estimada, lo que garantiza un excelente poder estadístico, un adecuado nivel de confianza, y un margen de error aceptable en las condiciones establecidas para el estudio. Todo esto garantiza la confiabilidad de los resultados de la inferencia estadística, lo que se puede observar el tamaño de los intervalos de confianza que obtuvimos, los cuales en su gran mayoría eran pequeños (lo que también sugiere alta precisión)

Por otro lado, la selección del grupo de comparación tomando en cuenta la edad y el área de residencia nos garantiza un alto grado de similitud entre los individuos, nos reduce el riesgo de sesgo de selección, permitiéndonos obtener una muestra representativa de la población meta (población fuente).

Sin embargo cuando se evaluó al grupo de comparación nos enfrentamos a una limitación, que ya se ha observado en otros estudios. Esta fue la potencial presencia de

familiares al momento de la visita de los hogares. La visita a las casa seleccionada fue en una única ocasión, y si habían familiares presentes o cerca del lugar donde se realizaría la entrevista la respuesta de las personas podría estar influenciada por la presencia de este, por lo cual se decidió solicitar privacidad previo a la realización de la entrevista y obtuvimos una respuesta positiva a nuestra solicitud. Esto indica que se logró brindar privacidad y se redujo el riesgo de sub-reportar los casos de depresión. En general la entrevista se llevó a cabo en privacidad sin ningún familiar cercano a la hora de responder a las preguntas, y se brindó el tiempo necesario para dar confianza y comodidad, por lo que creemos que las respuestas de la mujer son confiables.

En relación al instrumento podemos decir que el instrumento utilizado en este estudio es una escala validada previamente por diversos estudios internacionales, consistiendo en una Escala Clinimetrica (EC) para diagnosticar Depresión.

Esta escala permite la clasificación de los diferentes niveles de depresión y tener un filtro Para sospechar o descartar la enfermedad con la utilización de las primeras tres preguntas. Dicha escala fue especialmente formulada para aplicarse a pacientes crónicos en atención primaria debido a que es un instrumento consistente ya que presenta una excelente concordancia con el observador y presenta una alta sensibilidad, especificidad y valores predictivos para la identificación de depresión. Además permite establecer el diagnostico de la enfermedad en el momento de la consulta de manera fácil y rápida. La aplicación de la escala dura de 1 minuto para sospechar o descartar depresión y 5 minutos para confirmarla. Es un instrumento que presenta buena fiabilidad, validez y sensibilidad para detectar la depresión con respecto a otras escalas.

A continuación procederemos a comparar nuestros hallazgos con estudios disponibles a nivel nacional e internacional.

El 79.1% del total de pacientes encuestados presentaron algún tipo de depresión, siendo el grupo de los pacientes con enfermedades crónicas el mas afectado con el 89.8% lo que demuestra que hay una gran ocurrencia en este grupo poblacional, acorde a la bibliografía, la cual revela que hay un mayor riesgo de sufrir depresión ya que es la complicación psicológica más frecuente en los enfermos crónicos y en la incapacidad física, Probablemente en algún momento pueden observarse algunos aspectos de depresión en toda persona que haya sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, como así lo señala **KRÜEGER (1988)**.

El 45.3% de todos los pacientes encuestados presentaron ausencia de depresión, siendo los pacientes no crónicos el grupo que presento un mayor porcentaje con el 35.2%. El 25.4% de nuestro grupo poblacional en estudio presento depresión leve

siendo el mas afectado el grupo de los pacientes no crónicos con un 31.3%, el 31.6% de los pacientes presentaron depresión moderada el cual el grupo mas afectado fueron los pacientes no crónicos con un 33.3%. Sin embargo solamente el grupo de pacientes con enfermedades crónicas presentaron depresión grave con un 38.4%, lo cual corresponde con la bibliografía encontrada que revela que los pacientes con enfermedades crónicas tienen mayor probabilidad a desarrollar cuadros depresivos graves (**ROCA BENASSAR, 1992**).

Se identifico que el sexo masculino es el predominante en el grupo poblacional de los pacientes no crónicos con un 62.7%, sin embargo el sexo femenino fue el que presento mayor depresión con un 84%, lo cual concuerda con la bibliografía encontrada la cual revela que el sexo femenino presenta mayor casos de depresión y este presenta dos veces más probabilidades de presentar cuadros depresivos con respecto a los varones (**DIMASCO, 1984**). El sexo predominante en los pacientes con enfermedades crónicas fue el femenino con un 65.2%, sin embargo el sexo masculino fue el que presento mas depresión con un 94%, lo cual no concuerda con la bibliografía consultada en el estudio.

La escolaridad predominante fue la secundaria en ambos grupos con un 38%, seguido de los analfabetos con 33.4%, y con un 27% para la escolaridad primaria en ambos grupos poblacionales, encontrándose mayor porcentaje de depresión en la escolaridad secundaria para ambos grupos con un 45% para los pacientes no crónicos y un 39% para los pacientes crónico, siendo la presencia de depresión significativa en ambos grupos, según la bibliografía encontrada este indicador revela que mientras mayor nivel académico presenta el paciente menos riesgo de sufrir algún tipo depresión, lo que no concuerda con nuestros datos encontrados (**ROCA BENASSAR, 1992**).

Del grupo de los pacientes no crónicos encuestados se encontró que: 28 (27.4%) están casados, 46 (45.1%) en unión estable, 18 (17.6%) están solteros, 6 (5.8%) divorciados, 4 (3.9%) viudo, siendo el grupo predominante en sufrir depresión fueron los pacientes con uniones estables con un 52%, seguido de los casados con un 18%, seguido de los solteros con un 15%, los divorciados con un 9% y por ultimo los viudos con un 6% y en el grupo de los pacientes con enfermedades crónicas 41 (27.9%) están casados, 63 (45.6%) en unión estable, 11(7.9%) están solteros, 8(5.8%) viudo, el grupo predominante en sufrir depresión fueron los pacientes con unión estable con un 46%, seguido de los casados con un 28%, seguido de los divorciados con un 12%, posteriormente los solteros con un 7% y por ultimo los viudos con un 6%. Revelando que la mayor parte de nuestro grupo poblacional tienen pareja en ambos grupos lo cual difiere con la bibliografía encontrada ya que según **Kaplan** los cuadros depresivos se observan más frecuentemente en personas que no tienen relaciones

interpersonales íntimas o están separadas que las personas que tienen pareja estable.

Del grupo poblacional estudiado se encontró que la religión predominante en el grupo poblacional de los pacientes no crónicos fue la católica con 50.9% (52), seguido de la evangélica con un 21.5% (22), 13.7% (14) son testigos de Jehová, un 9.8% (10) no profesan ninguna religión y 3.9% (4) profesan otro tipo de religión, de los cuales el grupo más afectado con depresión fueron los católicos con un 52%, seguido de los evangélicos con 21%, seguido de los testigos de Jehová con un 15% y en igual porcentaje los que profesan otras religiones y los que no practican ninguna religión con un 6%. En el grupo de pacientes con enfermedades crónicas predominó la religión evangélica con un 48.5% (67), seguida de la católica con un 41.3% (57), un 5% (7) son testigos de Jehová y 5% (7) no profesan ninguna religión, de estos el grupo más afectado con depresión fueron los evangélicos con un 51%, seguido de los católicos con un 39%, seguido de los testigos de Jehová con un 6% y los que no profesan ninguna religión con un 5%. Según estos datos en ambos grupos la mayoría de los pacientes pertenecen a una secta religiosa y estos fueron los más afectados en sufrir depresión, y esto no concuerda con nuestra bibliografía encontrada que refiere que las personas que tienen mayor vínculo espiritual tienen menor riesgo de sufrir depresión (BROWN, F, 1980).

De los pacientes con enfermedades crónicas un alto porcentaje equivalente al 63% se encuentran desempleados y solamente el 36.9% trabajan actualmente de estos el grupo que presenta mayor depresión son los desempleados con un 54% esto es importante tenerlo presente cuando se tratan a estos pacientes, ya que muchas de las enfermedades crónicas no transmisibles obligan a una reconversión en la actividad laboral habitual para adecuarse a la nueva situación. Además los problemas económicos es un factor estresante y al ser sostenido probablemente pueda originar cuadros depresivos a diferencia del grupo de los pacientes no crónicos que 62.7% trabajan actualmente y el 37.2% se encuentra desempleada, sin embargo de igual manera los pacientes crónicos el grupo de los desempleados presentó mayor depresión con un 64% lo cual concuerda con la bibliografía encontrada que refiere que los problemas económicos son un factor estresante y al ser sostenido probablemente pueda originar cuadros depresivos (DIMASCO, 1984).

En general podemos afirmar que es posible detectar signos de depresión en estos pacientes crónicos en la atención primaria ya que padecer depresión no solo afecta el estado anímico del paciente sino que además influye notablemente en su adhesión al tratamiento y en la aceptación de la enfermedad. De esta forma, es importante considerar que la detección temprana de niveles de depresión leve, moderada o grave

en los pacientes que padecen enfermedades crónicas y la instauración de un tratamiento adecuado o de apoyo psicosocial, podría generar mejoras significativas en su estado de salud, debido a que permitiría una mejor evolución y la aceptación final de la enfermedad.

Se debe superar el hecho de que la exploración de signos de depresión en pacientes crónicos por parte del personal de salud en las unidades de atención primaria siga siendo limitada y en muchas ocasiones inexistente. Es vital que el personal de salud se sensibilice respecto al tema de la salud mental.

Esperamos que el presente trabajo haya contribuido con el conocimiento de la ocurrencia de depresión y el tipo de depresión que presenta los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que acudieron a la consulta general en el municipio de Nindirí Masaya.

Es importante reconocer que al detectar signos de depresión , se deben tomar medidas para la prevención de estados más severos de depresión ya que la depresión constituye una de las principales causas de incapacidad y complicaciones medicas en estos pacientes, alterando el curso de la evolución de la enfermedad.

CONCLUSIONES.

1. En nuestro estudio casi el 90% de los pacientes con enfermedades crónicas presentó algún tipo de depresión. En cambio el 65% de los pacientes no crónicos presentó algún tipo de depresión. La diferencia de casi 25% en cuanto a la ocurrencia de depresión entre ambos grupos fue estadísticamente significativa.
2. El tipo de depresión grave fue la que predominó en los pacientes con enfermedades crónicas que presentaron algún tipo de depresión. con un 38.4 del total de pacientes crónicos incluidos en el estudio. Y el tipo de depresión predominante en el grupo de los pacientes no crónicos fue la depresión moderada con un 33.3% del total de pacientes no crónicos investigados.
3. Se observó un fuerte asociación estadística entre la presencia de enfermedad crónica y la ocurrencia de depresión. Los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles son los que tienen mayor riesgo de padecer algún tipo de depresión, siendo 4.8 (IC 95% 2.4-9.6; $p < 0.05$) veces mayor el riesgo de padecer depresión en crónicos que en no crónicos.
4. Según nuestro estudio se concluyó que en los pacientes no crónicos el sexo femenino fue el que presentó mayor depresión con un 84%, mientras que en los pacientes crónicos fue el sexo masculino con un 94%. Se identificó que en la escolaridad la secundaria presentó mayor porcentaje de depresión para ambos grupos con un 45% para los pacientes no crónicos y un 39% para los pacientes crónicos. Con respecto al estado civil concluimos que los pacientes que presentaron mayor depresión fueron los que tenían uniones estables en ambos grupos poblacionales con un 52% para los pacientes no crónicos y un 46% para los pacientes crónicas. Del grupo poblacional estudiado se encontró que en los pacientes no crónicos los que profesaban la religión católica presentaron mayor depresión con un 52% y en los pacientes crónicos fueron los evangélicos los que presentaron mayor depresión con un 51%. En ambos grupos investigados los desempleados presentaron mayor depresión con un 54% para los pacientes con enfermedades crónicas 64% para los pacientes no crónicos.
5. Al explorar la asociación entre diversas variables y ocurrencia de depresión, los resultados de las pruebas estadísticas revelan que hubo una asociación estadísticamente significativa entre sexo, religión, escolaridad y estado laboral. En cambio no hubo asociación estadísticamente significativa entre estado civil y ocurrencia de depresión.

RECOMENDACIONES.

Al personal del Centro de Salud Enrique Cisne y sus puestos de salud.

- Que todo paciente con enfermedad crónica no transmisible y llegue de forma repetida, independientemente del motivo de consulta, se debe explorar la posible ocurrencia de depresión y reconocer sus signos y síntomas, ya que muchas veces estos pacientes acuden repetidas veces a la consulta y así dar un abordaje a su problemas afectivos en una etapa temprana para reducir de esta forma su deterioro tanto físico como emocional.
- A toda paciente con enfermedades crónicas no transmisibles que acudan al centro de salud se debe de realizar una interrogación exhaustiva en busca de factores de riesgo. Dicho interrogatorio puede ser realizado por todo personal y ser remitido al medico si presentan algún dato de depresión, esto permitirá incrementar la detección de depresión en estos pacientes.

A las autoridades del centro de salud local

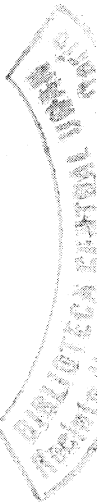
- El primer paso para la atención del problema debe partir de la creación de protocolos específicos para la atención de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que están sufriendo depresión. Estos protocolos deben poseer además de lineamientos de la atención por parte de los proveedores de servicios, las especificidades para recolección de la información. Esto lo puede realizar por medio de la encuesta propuesta en nuestro estudio, además de incluir la Escala Clinimetrica para detección de la Depresión, la cual esta elaborada precisamente para detectar este padecimiento en pacientes crónicos y ya esta siendo utilizada en pacientes con enfermedades crónicas en algunos países de Latinoamérica.
- Capacitar al personal del centro salud para que capten a los pacientes con enfermedades crónicas que pudieran estar sufriendo algún tipo de depresión de manera temprana, ya que el sistema de salud es el que tiene más contacto con

ellos, sobretodo en áreas de atención a dispensarizados, que es el lugar que frecuentan los pacientes con estos padecimientos crónicos.

- Las autoridades del centro de salud deben definir las formas de responder localmente a las necesidades de estos pacientes, así como prevenir las complicaciones de su enfermedad, para evitar de esta manera padecer trastornos en su estado de ánimo. .
- Cabe mencionar que es muy importante que tanto los médicos en formación como los médicos generales, tengan conocimiento de los síntomas depresivos para poder hacer un diagnostico precoz y certero de la depresión y así dar un adecuado tratamiento a estos pacientes evitando complicaciones asociadas a los trastornos afectivos.

A las autoridades centrales de salud (SILAIS Masaya-MINSA Central)

- Realizar talleres de capacitación sobre depresión, en los diferentes SILAIS en coordinación con docencia como parte de proporcionar un abordaje integral a estos pacientes durante la consulta general y tener un mayor conocimiento en el manejo de los síndromes depresivos en atención primaria.
- Incluir en las normas de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles los trastornos afectivos como una complicación de la enfermedad, así como un adecuado manejo dependiendo del tipo de patología que curse el paciente.



BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, R. (1991). Métodos y diseños de investigación del comportamiento. Lima: Fondo editorial.

BECK, A. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Descleé de Brouwer, S.A.

BROWN, F. (1980). Principios de la medición en psicología y educación. México: El Manual Moderno

CABREJOS, J. (1992). La depresión en medicina y cirugía. Tesis monográfica.

CALDERON, G. (1984) Depresión. México: terapia de la depresión en pacientes crónicos.

Díaz Rodríguez G, et al. Validacion de la escala para diagnostico de la depresión en pacientes con DM 2. Rev Invest Clin 2006; 58 (5); 432-440.

DIMASCO, A. (1984). Trastornos emocionales. Lima: Sudamérica S.I.R.L.

Goodman y Gilman, Hardman Joel. Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica, Capítulos, 19, 20,27, 28, 32, 33, 34,35, Novena edición, Vol. II. México, Interamericana, 1996, Pág. 456, 491,661, 704,813, 835, 867.

Harrison, Medicina Interna, Capítulo, Enfermedades Del Aparato Cardiovascular, Enfermedades Del Aparato Respiratorio, Endocrinología y Metabolismo, Enfermedades Neurológicas, Trastornos De Las Articulaciones, Panamericana, 12va Edición.

10. Kaplan Harold. Sadock Benjamín, Sinopsis de Psiquiatría, Trastornos Depresivos octava edición, Madrid España, Panamericana, 1999. Pág. 593-656.

11. Ministerio de salud, departamento de enfermedades crónicas, Normas nacional de Atención a Pacientes Con Enfermedades Crónicas no transmisibles, 1986. Pág. 1-133,

12. Organización mundial de la salud Ginebra, CIE 10, Trastornos Mentales y Del Comportamiento, Capitulo Trastorno del humor, F30-F39.

13. Roca Bennasar M, Trastornos del humor, capitulo 21, Trastornos del humor secundario a daño cerebral enfermedades médicas o fármacos, Décima edición, Madrid España, MEDITOR, 1992, pág. 587-628.
14. Rojo Rodes J.E, Cirera Costa E. Interconsulta Psiquiátrica, primera Edición, Barcelona, España, editorial biblio Stm, 1999. Capítulo 3, 6, 8, 9, 10,13. Pág. 59,153, 201, 219, 233, 311.
15. Tesis monográfica, Incidencia y tipo de depresión en pacientes que asisten al programa de dispenzaridos en el centro de salud del SILAIS Carazo, en el segundo semestre del 2002.
16. Toro Ricardo. Yepes Luis Eduardo, Fundamento de medicina, Psiquiatría, alcoholismo, Trastornos depresivo, Tercera edición, Medellín Colombia, CORPORACIÓN PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS, 1998. Pág. 67-80; 131-150.
17. Vásquez Barquero José Luis, psiquiatría en atención primaria, segunda edición Madrid España, Grupo aulas medicas, 1999, pág. 231-258, 317-336.

ANEXOS

Ocurrencia De Depresión En Pacientes Con Enfermedades Crónicas Degenerativas Diagnosticados Con Una Escala Clinimétrica Para El Diagnóstico De Depresión (ECDD) En La Atención Primaria



Número de encuesta: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Nombre del encuestador: _____

Centro de Salud: _____

DATOS GENERALES

Nombre del Entrevistado: _____

1. Sexo de la (el) entrevistado

1 Hombre

2 Mujer

2. ¿Cuál es su raza?

1 Blanca

4 Mestiza

2 Negra

5 Indígena

3 Amarilla

3. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? ___ / ___ / ___ (d d / m m / a a) 5. Edad: _____ (a)

6. ¿Sabe leer y escribir? 0 No 1 si

7. ¿Cuántos años completos de escuela estudió? _____

8. ¿Cuál fue el grado que aprobó en la escuela?

1 No sabe leer ni escribir

6 Secundaria completa

2 Sabe leer y escribir, pero no estudió formalmente

7 Escuela técnica media

3 Primaria incompleta

8 Escuela Técnica superior

4 Primaria completa

9 Universidad

5 Secundaria incompleta

9. Estado civil

1 Soltero (a)

3 Divorciad o (a)

2 Casad o (a)

4 Unión estable

10. Religión

1 Católica

2 Evangélica

3 Testigo de Jehová

4 Otra

5 Ninguna

Ocupación principal: _____

Preguntas solo para mujeres:

12. Número de embarazos: _____

11. Si no ha tenido ningún embarazo pasar al siguiente módulo, de lo contrario continuar con las siguientes preguntas

13. Número de partos (nacidos vivos): _____

14. Número de Abortos: _____

**Ocurrencia De Depresión En Pacientes Con Enfermedades Crónicas Degenerativas
Diagnosticados Con Una Escala Clinimétrica Para El Diagnóstico De Depresión (ECDD) En
La Atención Primaria**



15. Números de hijos que actualmente se encuentran vivos: _____

16. Donde actualmente vive es:

1 Casa propia 4 Financiada

2 Posando 5 Otro

3 Rentada / alquilada

17. ¿De que material está hecha su vivienda?

1 Ladrillo 4 Adobe

2 Concreto 5 Zinc/cartón

3 Madera 6 Otro

18. De que material es el piso de su vivienda?

1 Ladrillo 3 Cemento

2 Tierra 4 Otro

19. Cuantos cuartos (incluyendo la sala y la cocina) tiene su vivienda? _____

20. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

21. ¿Cuentan con electricidad?

0 No 1 Si

22. ¿De dónde obtiene el agua que consume en el hogar?

1 Tubería domiciliar 4 Pozo

2 Puesto público 5 Otro

3 Distribuido por la municipalidad

23. ¿Qué tipo de deposición de excretas hay en su vivienda?

1 Letrina/ponpón

2 Inodoro

3 Defeca al aire libre

4 Otro

24. ¿Cuántas personas trabajan en su vivienda (formal o informal) ? _____

25. ¿De cuanto es el ingreso familiar mensual en su vivienda? (Diga un estimado) C\$ _____

26. ¿Trabaja usted actualmente? 0 No 1 Si

Si la respuesta es si conteste la siguiente pregunta, de lo contrario pase a la pregunta 27

27. ¿En que trabaja? _____

Historia médica.

Antecedentes personales no patológicos.

28. ¿Fuma usted actualmente? No Sí

29. (Si contesta "sí" siga con la pregunta 30, si contesta "no" pase a la 31).

Ocurrencia De Depresión En Pacientes Con Enfermedades Crónicas Degenerativas Diagnosticados Con Una Escala Clinimétrica Para El Diagnóstico De Depresión (ECDD) En La Atención Primaria



30. ¿Desde hace cuántos años fuma? _____ años.
31. ¿Ha fumado alguna vez? No Sí
32. (Si contesta "sí" siga con las preguntas 33; si contesta "no" pase a la pregunta 34).
33. ¿Por cuánto tiempo fumó? _____ () años.

Antecedentes personales patológicos

34. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado una enfermedad? No Sí
- (Si contesta "sí" siga con la siguiente pregunta)
35. ¿Cuál o cuáles son las enfermedades que le han dicho que usted padece (que se lo haya dicho un médico)? (Marcar con una "X" aquellas que el paciente padece en la casilla a la izquierda de cada patología)
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Enfermedades del pulmón | <input type="radio"/> Enfisema pulmonar |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Cáncer de pulmón |
| <input type="radio"/> Tuberculosis | <input type="radio"/> Otras enfermedades del pulmón |
| <input type="radio"/> Bronquitis crónica | |
36. Enfermedades que no son del pulmón
- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Azúcar en la sangre (Diabetes) | <input type="radio"/> Enfermedades del riñón |
| <input type="radio"/> Presión alta (Hipertensión arterial) | <input type="radio"/> Cáncer en otro sitio |
| <input type="radio"/> Infarto o ataque del corazón | <input type="radio"/> Otras: |
| <input type="radio"/> Otras enfermedades del corazón | |

¿Cuánto tiempo tiene de padecer esta o estas enfermedades?

Enfermedades que padece el paciente	Tiempo
.	() meses () años
.	() meses () años
.	() meses () años

- ¿Toma algún medicamento? No Sí
- 35.1 ¿Podría decir el nombre del o de los medicamentos que usted toma? (Escribir el nombre del medicamento a como el paciente lo dice, sin importar si es el nombre comercial o el genérico)

SÍNTOMAS PARA SOSPECHAR DEPRESIÓN

Entrevista clínica al paciente

Criterio B (Preguntas 1 a la 3)

**ENUNCIADO GENERAL QUE DEBE REALIZARSE PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES TRES PREGUNTAS
 ¿EN ESTE ÚLTIMO MES DURANTE DOS SEMANAS O MÁS, CASI TODOS LOS DÍAS?**

- | | SÍ | NO |
|--|----|----|
| 1. ¿Se ha sentido triste, desanimado o deprimido? | () | () |
| 2. ¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer, como el trabajo o sus pasatiempos? | () | () |
| 3. ¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya trabajado todo el tiempo? | () | () |

- Si dos de las tres preguntas anteriores son positivas, pase a las preguntas 4 a la 13a para confirmar depresión.
- Si en las tres preguntas anteriores solamente hay una respuesta positiva o ninguna, no continuar con la entrevista.

SÍNTOMAS PARA CONFIRMAR DEPRESIÓN

Criterio C (Preguntas 4 a la 13a)

**ENUNCIADO GENERAL PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS
 ¿EN ESTE ÚLTIMO MES DURANTE DOS SEMANAS O MÁS CASI TODOS LOS DÍAS?**

- | | SÍ | NO |
|--|----|----|
| 4. ¿Ha tenido menos ganas de comer o más ganas de comer que lo habitual ? | () | () |
| 5. ¿Ha perdido peso, por lo menos un kilo por semana o más sin utilizar dieta alguna o ha aumentado más de un kilo por semana? | () | () |
| 6. ¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse ? | () | () |
| 6a. ¿Ha presentado dificultad para poder permanecer dormido? | () | () |
| 6b. ¿Se ha despertado más temprano de lo habitual? | () | () |
| 7. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo, a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada? | () | () |
| 8. ¿Se ha sentido inferior a otras personas? | () | () |
| 9. ¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o por todo lo que pasa a su alrededor? | () | () |
| 10. ¿Ha presentado dificultad para concentrarse en cosas como leer o ver televisión? | () | () |
| 11. ¿Ha presentado dificultad para tomar sus propias decisiones sobre las cosas que antes no le costaban trabajo? | () | () |
| 12. ¿Ha pensado usted en querer matarse? | () | () |
| 13. ¿Ha notado que se encuentre intranquilo o inquieto? | () | () |
| 13a. ¿Ha notado usted que habla o se mueve más lento? | () | () |

Al finalizar esta entrevista, por favor clasifique el nivel de depresión que presenta el paciente de acuerdo con los siguientes criterios y coloque una X en el paréntesis en el diagnóstico que corresponda en el recuadro final de esta sección.

DEPRESIÓN LEVE

- Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A, más la presencia de al menos cuatro respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESIÓN MODERADA

- Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A, más la presencia de al menos seis respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

DEPRESIÓN GRAVE

- Presencia de respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A más la presencia de al menos ocho respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

AUSENCIA DE DEPRESIÓN

- No reúne ninguno de los criterios anteriores.
- | | |
|--------------------------|----|
| 1. DEPRESIÓN LEVE | () |
| 2. DEPRESIÓN MODERADA | () |
| 3. DEPRESIÓN GRAVE | () |
| 4. AUSENCIA DE DEPRESIÓN | () |

Cuadro No. 1: Distribución de pacientes crónicos y no crónicos incluidos en el estudio, según unidad de salud correspondiente al municipio de Nindirí-Masaya, Noviembre 2009.

		Crónico				Total	
		No		Si			
		No.	%	No.	%	No.	%
Puestos de salud	San Francisco	54	53.5	47	46.5	101	100.0
	Los altos	8	57.1	6	42.9	14	100.0
	Veracruz	14	42.4	19	57.6	33	100.0
	Buena vista	6	24.0	19	76.0	25	100.0
	C/S Enrique Cisne	20	32.3	42	67.7	62	100.0
	Cofradía	0	0.0	5	100.0	5	100.0
Total		102	42.5	138	57.5	240	100.0

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No. 2: Enfermedades crónicas reportadas por pacientes crónicos incluidos en el estudio, atendidos en unidades de salud del municipio de Nindirí-Masaya, Noviembre 2009.

Enfermedades crónicas reportadas	Respuestas		% de casos
	N	%	
Asma	2	0.0	0.0
Bronquitis crónica	10	0.0	0.1
Diabetes	31	0.1	0.2
HTA	100	0.5	0.7
IAM	8	0.0	0.1
Otras enfermedades del corazón	8	0.0	0.1
Enfermedades del riñón	3	0.0	0.0
Artritis	46	0.2	0.3
Total	208	1.0	1.5

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No. 3: Comparación de la ocurrencia de depresión entre pacientes crónicos y no crónicos que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

		Depresión				Total	
		No		Si		No.	%
		No.	%	No.	%		
Paciente crónico	No	36	35.29	66	64.71	102	100.00
	Si	14	10.14	124	89.86	138	100.00
Total		50	20.83	190	79.17	240	100.00

Prueba estadística	Valor	df	P
Chi-Cuadrado Pearson	22.491a	1	0.0000
Corrección de continuidad	20.9923	1	0.0000
Razón de probabilidad	22.5900	1	0.0000
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal-lineal	22.3976	1	0.0000
N de casos válidos	240		
	Valor	IC 95%	
Odd ratio (OR)	4.8	2.4-9.6	

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No.4: Comparación de la ocurrencia de tipo de depresión entre pacientes crónicos y no crónicos que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

		Depresión								Total	
		Ausencia de depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave			
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Paciente crónico	No	36	35.29	32	31.37	34	33.33	0	0.00	102	100.00
	Si	14	10.14	29	21.01	42	30.43	53	38.41	138	100.00
Total		50	20.83	61	25.42	76	31.67	53	22.08	240	100.00

Prueba estadística	Valor	df	P
Chi-Cuadrado Pearson	59.611a	3	0.0001
Corrección de continuidad	-	-	-
Razón de probabilidad	79.06382	3	0.0001
Asociación lineal-lineal	51.83	1	0.0001
N de casos válidos	240		

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No. 5: Distribución por sexo entre pacientes crónicos y no crónicos que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

Grupo		Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		No.	%
		No.	%	No.	%		
Crónico	No	64	62.75	38	37.25	102	100.00
	Si	48	34.78	90	65.22	138	100.00
Total		112	46.67	128	53.33	240	100.00

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No. 6: Escolaridad en pacientes crónicos y no crónicos que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

Grupo	Escolaridad														Total						
	No sabe leer		Sabe leer pero no escribir		Primaria incompleta		Primaria completa		Secundaria incompleta		Secundaria completa		Escuela técnica media		Universidad		Otros				
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%			
Crónico	No	12	11.76	2	1.96	22	21.57	2	1.96	18	17.65	24	23.53	4	3.92	14	13.73	4	3.92	10	100.00
	Si	30	21.74	3	2.17	28	20.29	13	9.42	25	18.12	28	20.29	10	7.25	1	0.72	0	0.00	13	100.00
Total		42	17.50	5	2.08	50	20.83	15	6.25	43	17.92	52	21.67	14	5.83	15	6.25	4	1.67	24	100.00

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No.7: Estado civil de pacientes crónicos y no crónicos que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

Grupo	Estado civil										Total		
	soltero		casado		Divorciado		Unión estable		Viudo				
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Crónico	No	18	17.65	28	27.45	6	5.88	46	45.10	4	3.92	102	100.00
	Si	11	7.97	41	29.71	15	10.87	63	45.65	8	5.80	138	100.00
Total		29	12.08	69	28.75	21	8.75	109	45.42	12	5.00	240	100.00

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No.8: Religión en pacientes crónicos y no crónicos que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

Grupo		Religión										Total	
		Católico		Evangélica		Testigo de Jehová		Otra		Ninguna			
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Crónico	No	52	50.98	22	21.57	14	13.73	4	3.92	10	9.80	102	100.00
	Si	57	41.30	67	48.55	7	5.07	0	0.00	7	5.07	138	100.00
Total		109	45.42	89	37.08	21	8.75	4	1.67	17	7.08	240	100.00

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No.9: Estatus de trabajo de pacientes crónicos y no crónicos que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

Grupo		Trabaja				Total	
		No		Si			
		No.	%	No.	%	No.	%
Crónico	No	38	37.25	64	62.75	102	100.00
	Si	87	63.04	51	36.96	138	100.00
Total		125	52.08	115	47.92	240	100.00

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No.10: Depresión en pacientes crónicos y no crónicos, según sexo, que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

Crónico	Sexo	Depresión				Total	
		No		Si		No.	%
		No.	%	No.	%		
No	Hombre	30	46.9	34	53.1	64	100.0
	Mujer	6	15.8	32	84.2	38	100.0
	Total	36	35.3	66	64.7	102	100.0
Si	Hombre	3	6.3	45	93.8	48	100.0
	Mujer	11	12.2	79	87.8	90	100.0
	Total	14	10.1	124	89.9	138	100.0

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No.11: Depresión en pacientes crónicos y no crónicos, según sexo que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

Crónico	Estado civil	Depresión				Total	
		No		Si		No.	%
		No.	%	No.	%		
No	Soltero	8	22.2	10	15.2	18	17.6
	Casado	16	44.4	12	18.2	28	27.5
	Divorciado	0	0.0	6	9.1	6	5.9
	Unión estable	12	33.3	34	51.5	46	45.1
	Viudo	0	0.0	4	6.1	4	3.9
	Total	36	100.0	66	100.0	102	100.0
Si	Soltero	2	14.3	9	7.3	11	8.0
	Casado	6	42.9	35	28.2	41	29.7
	Divorciado	0	0.0	15	12.1	15	10.9
	Unión estable	6	42.9	57	46.0	63	45.7
	Viudo	0	0.0	8	6.5	8	5.8
	Total	14	100.0	124	100.0	138	100.0

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No.12: Depresión en pacientes crónicos y no crónicos, según escolaridad, que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

Crónico	Escolaridad	Depresión				Total	
		No		Si		No.	%
		No.	%	No.	%		
No	No sabe leer	8	22.2	4	6.1	12	11.8
	Sabe leer pero no escribir	0	0.0	2	3.0	2	2.0
	Primaria incompleta	6	16.7	16	24.2	22	21.6
	Primaria completa	0	0.0	2	3.0	2	2.0
	Secundaria incompleta	2	5.6	16	24.2	18	17.6
	Secundaria completa	10	27.8	14	21.2	24	23.5
	Escuela técnica media	0	0.0	4	6.1	4	3.9
	Universidad	10	27.8	4	6.1	14	13.7
	Otros	0	0.0	4	6.1	4	3.9
	Total	36	100.0	66	100.0	102	100.0
Si	No sabe leer	6	42.9	24	19.4	30	21.7
	Sabe leer pero no escribir	0	0.0	3	2.4	3	2.2
	Primaria incompleta	1	7.1	27	21.8	28	20.3
	Primaria completa	2	14.3	11	8.9	13	9.4
	Secundaria incompleta	1	7.1	24	19.4	25	18.1
	Secundaria completa	3	21.4	25	20.2	28	20.3
	Escuela técnica media	0	0.0	10	8.1	10	7.2
	Universidad	1	7.1	0	0.0	1	0.7
	Total	14	100.0	124	100.0	138	100.0

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No.13: Depresión en pacientes crónicos y no crónicos, según religión, que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

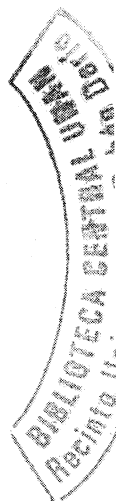
Crónico	Religión	Depresión				Total	
		No		Si		No.	%
		No.	%	No.	%		
No	Católico	18	50.0	34	51.5	52	51.0
	Evangélica	8	22.2	14	21.2	22	21.6
	Testigo de Jehová	4	11.1	10	15.2	14	13.7
	Otra	0	0.0	4	6.1	4	3.9
	Ninguna	6	16.7	4	6.1	10	9.8
	Total	36	100.0	66	100.0	102	100.0
Si	Católico	9	64.3	48	38.7	57	41.3
	Evangélica	4	28.6	63	50.8	67	48.6
	Testigo de Jehová	0	0.0	7	5.6	7	5.1
	Otra	1	7.1	6	4.8	7	5.1
	Total	14	100.0	124	100.0	138	100.0

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Cuadro No.14: Depresión en pacientes crónicos y no crónicos, según estado laboral, que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

Crónico	Estado laboral (Trabaja actualmente)	Depresión				Total	
		No		Si		No.	%
		No.	%	No.	%		
No	No	4	11.1	34	51.5	38	37.3
	Si	32	88.9	32	48.5	64	62.7
	Total	36	100.0	66	100.0	102	100.0
Si	No	8	57.1	79	63.7	87	63.0
	Si	6	42.9	45	36.3	51	37.0
	Total	14	100.0	124	100.0	138	100.0

Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

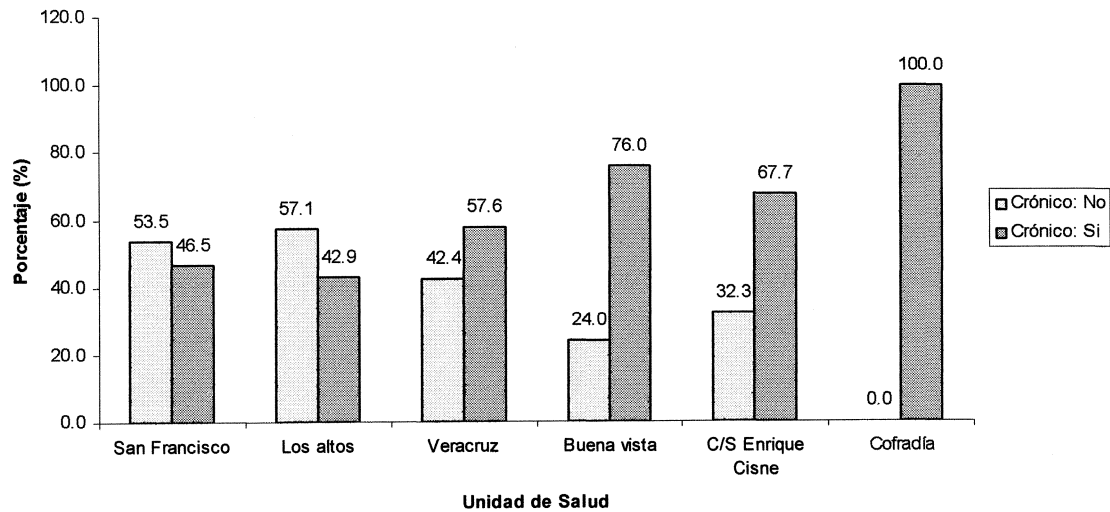


Cuadro No. 15: Exploración de la asociación estadística entre variables socio-económicas, y la ocurrencia de depresión, en pacientes crónicos y no crónicos, que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.

Depresión	Enfermedad crónica		Sexo		Escolaridad		Estado Civil		Religión		Estatus Laboral	
	Valor	df	Valor	df	Valor	df	Valor	df	Valor	df	Valor	df
Chi-Cuadrado de Pearson	22.491	1	18.425	1	31.29	8	6.732	4	25.008	4	15.629	1
Corrección de continuidad	20.99232737	1	17.3189	2								
Razón de probabilidad	22.58998724	1	18.6213	4	35.58744	8	6.756281	4	27.10257	4	14.61297	1
Prueba exacta de Fisher												
Asociación lineal-lineal	22.39760398	1	18.3485	1	14.7178	1	1.877508	1	2.094847	1	15.5641	1
N de casos válidos	240		240		240		240		240		240	

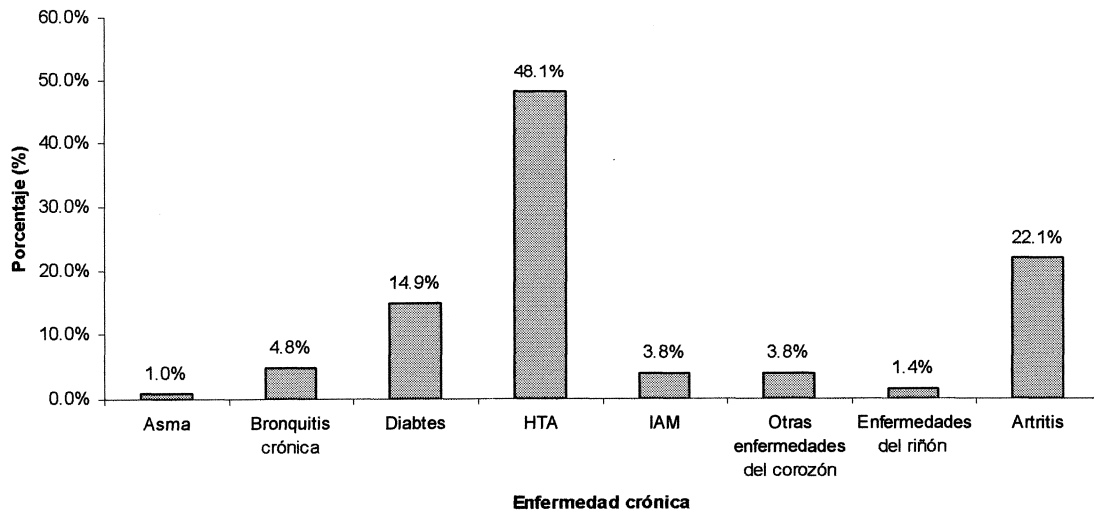
Fuente: Cuestionario (Ficha de recolección)

Gráfico No. 1: Distribución de pacientes crónicos y no crónicos incluidos en el estudio, según unidad de salud correspondiente al municipio de Nindirí-Masaya, Noviembre 2009.



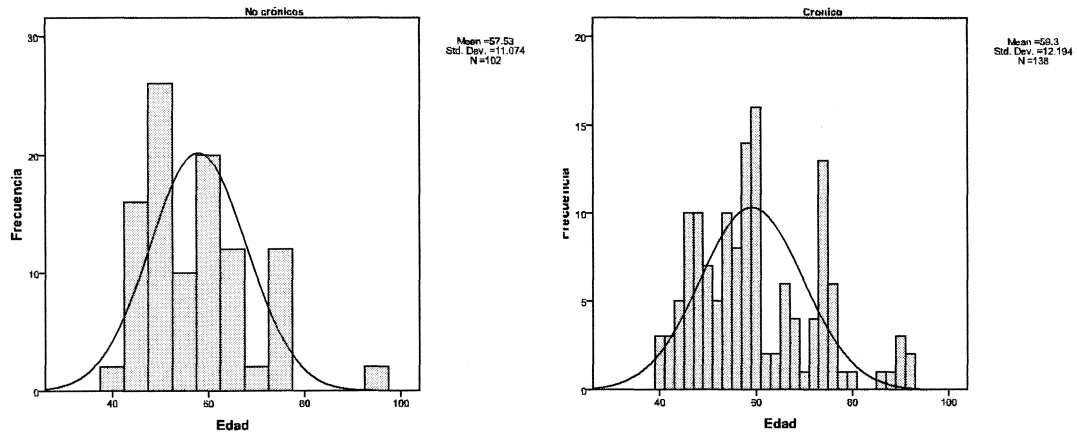
Fuente: Cuadro No. 1

Gráfico No. 2: Enfermedades crónicas reportadas por pacientes crónicos incluidos en el estudio, atendidos en unidades de salud del municipio de Nindirí-Masaya, Noviembre 2009.



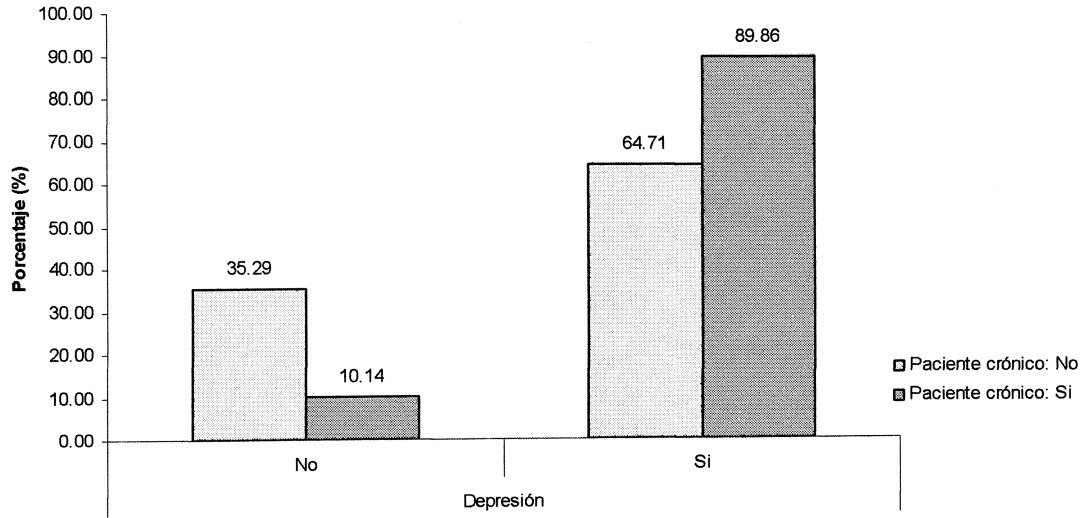
Fuente: Cuadro No. 2

Gráfico No. 3: Distribución de edad de pacientes crónicos y no crónicos incluidos en el estudio, según unidad de salud correspondiente al municipio de Nindirí-Masaya, Noviembre 2009.



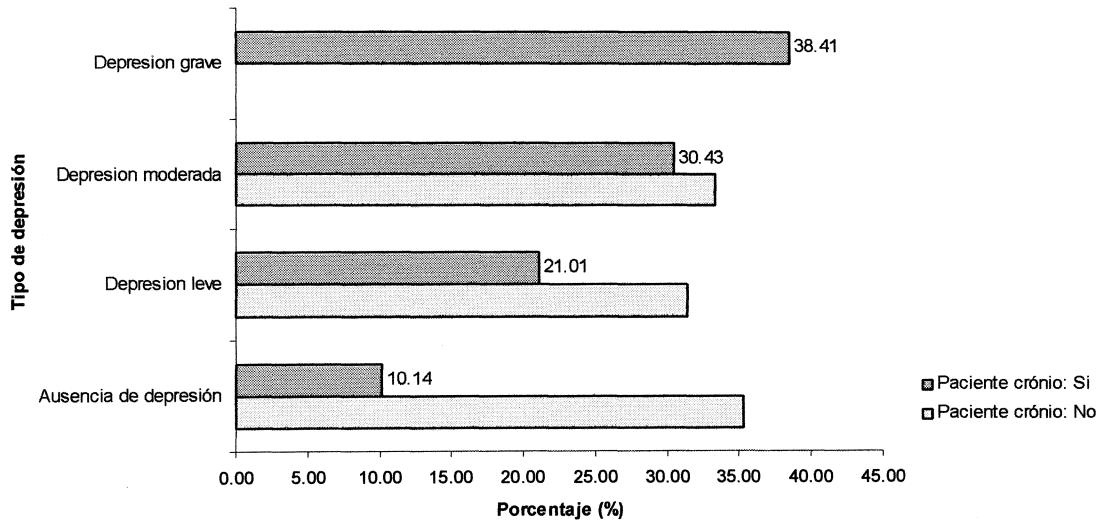
Fuente: Matriz de datos de SPSS

Gráfico No. 4: Comparación de la ocurrencia de depresión entre pacientes crónicos y no crónicos que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.



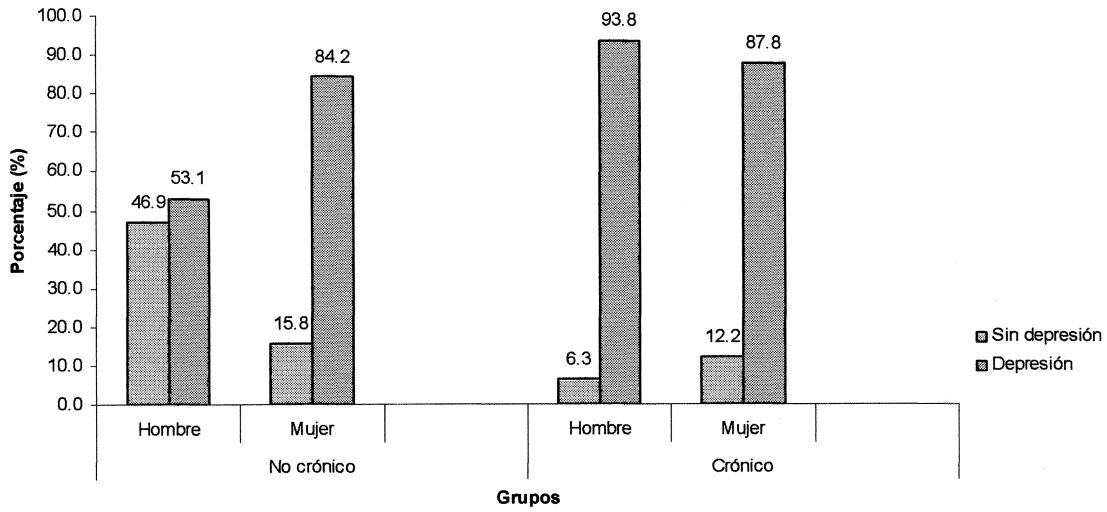
Fuente: Cuadro No. 3

Gráfico No.5: Comparación de la ocurrencia de tipo de depresión entre pacientes crónicos y no crónicos que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.



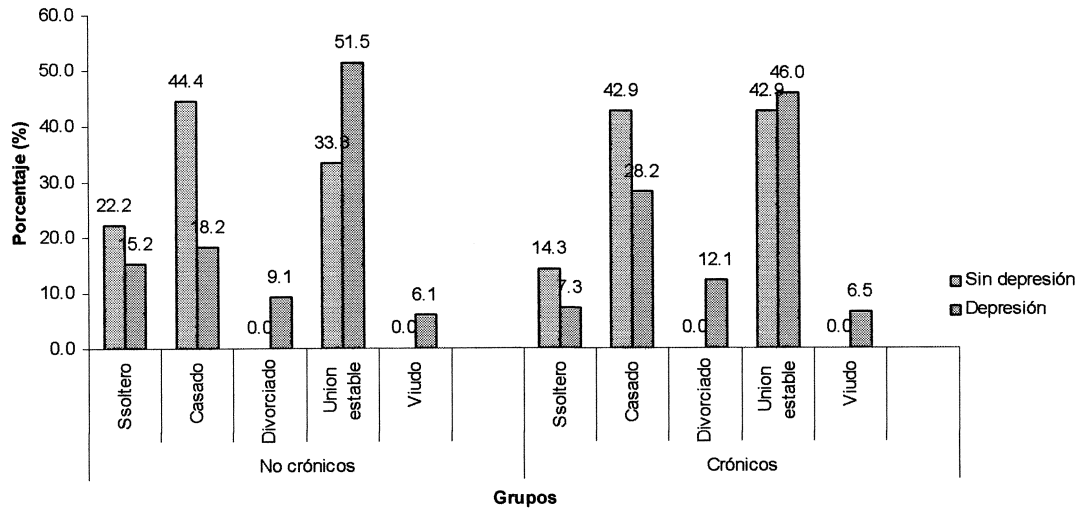
Fuente: Cuadro No. 4

Grafico No.6: Depresión en pacientes crónicos y no crónicos, según sexo, que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.



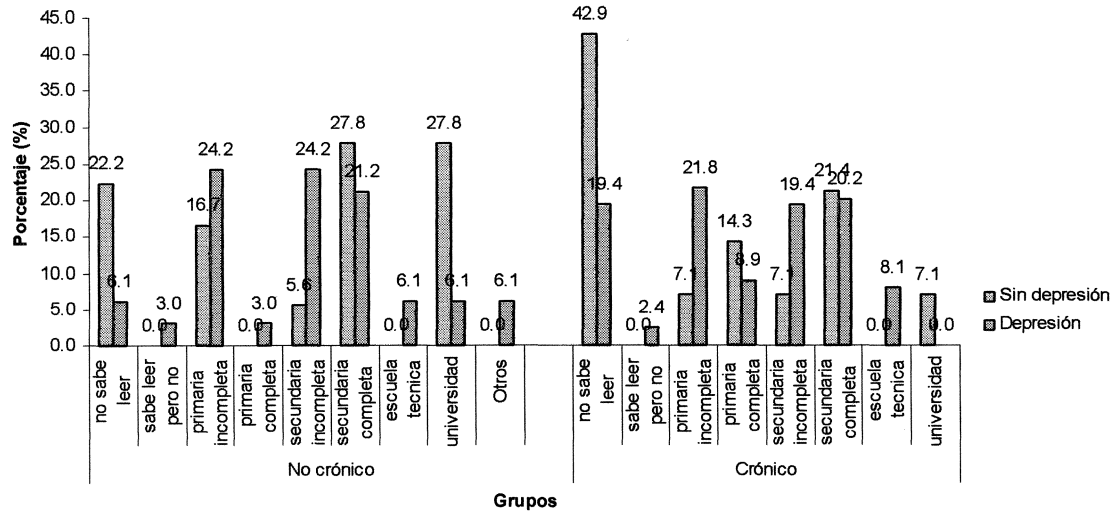
Fuente: Cuadro No.10

Gráfico No.7: Depresión en pacientes crónicos y no crónicos, según sexo que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.



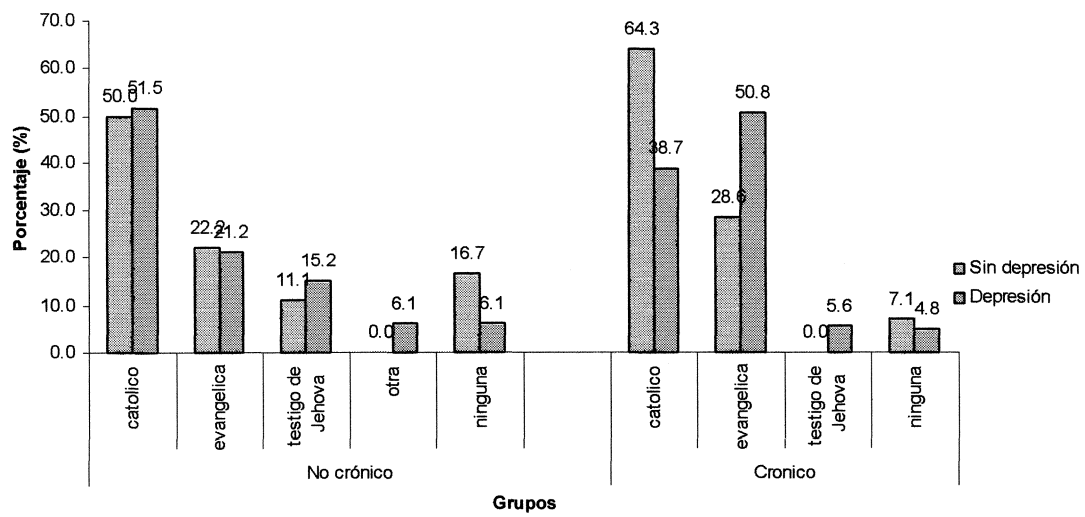
Fuente: Gráfico 11.

Gráfico No.8: Depresión en pacientes crónicos y no crónicos, según escolaridad, que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.



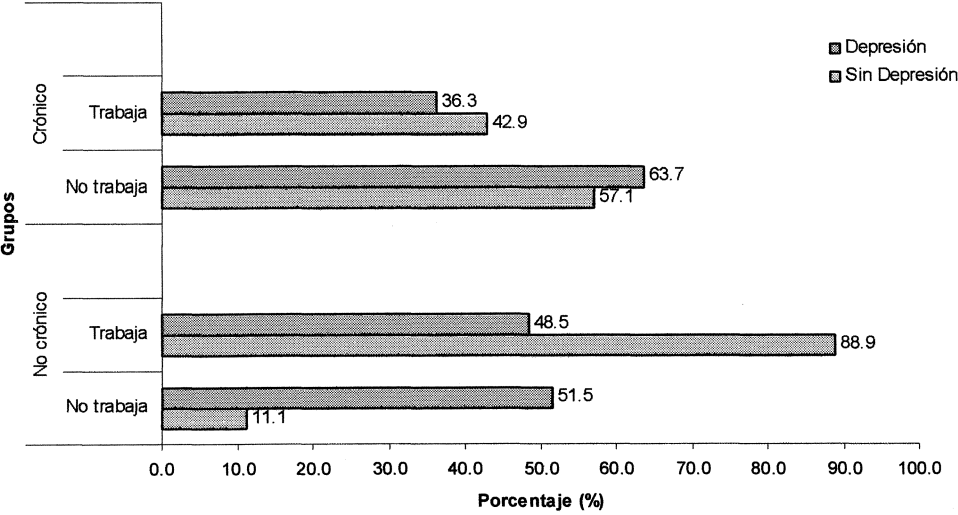
Fuente: Cuadro No.12

Grafico No.9: Depresión en pacientes crónicos y no crónicos, según religión, que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.



Fuente: Cuadro No.13

Grafico No10: Depresión en pacientes crónicos y no crónicos, según estado laboral, que asisten a las unidades públicas de salud, en el municipio de Nindirí Masaya, Noviembre 2009.



Fuente: Cuadro 14.