



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS EN LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**INFORME DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD
PÚBLICA**

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2010-2012

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN
EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA
DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL MILITAR ESCUELA
“DR ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS”,
ENTRE EL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011**

AUTORA: FÁTIMA BLANCO GÓMEZ MD

TUTOR: DR PABLO CUADRA AYALA

DOCENTE CIES-UNAN MANAGUA

MANAGUA, JUNIO 2012

DEDICATORIA

A Dios nuestro Señor, que me regaló la vida y que desde siempre ha bendecido mi camino.

A mi querido esposo que me ha apoyado en cada uno de mis proyectos y que siempre me ha brindado amor, comprensión y lealtad.

A mi hijita Fátima Alejandra, fuente de inspiración. que me impulsa a ser mejor persona cada día.

AGRADECIMIENTO

A mis docentes, que con esfuerzo y dedicación me han ayudado a lo largo de estos dos años a lograr esta nueva meta.

A mi tutor, Dr. Pablo Cuadra por el ahínco, interés y tiempo que siempre demostró para ayudarme.

RESUMEN

La depresión, y la ansiedad acompañante, es la manifestación psicológica más frecuente e intensa del sufrimiento humano, que en casos extremos termina en el suicidio. Con el objetivo de identificar los factores de riesgo relacionados al desarrollo de depresión se realizó un estudio en el Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” en el período comprendido entre 01 de julio al 30 de Septiembre del año 2011.

El tipo de estudio fue de casos y controles, el que se realizó con 80 casos y 160 controles, los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico Epi-Info 3.5.1, se establecieron indicadores de asociación (OR) a través de las tablas 2x2 y prueba de Chi cuadrado para significancia estadística.

Se encontró como factores de riesgo altamente relacionados al desarrollo de depresión: El sexo femenino (OR 4.85), ama de casa (OR 3.93), estar desempleado o pensionado (OR 2.43), poseer algún hábito tóxico (OR 4.78), tener un ingreso familiar ajustado o insuficiente (OR 1.86), pertenecer a una familia dispersa o disfuncional (OR 11.3), antecedente familiar de depresión (OR 9.43), tener rasgos neuróticos de personalidad (OR 18.50), y exposición al estrés (OR 6.35) en los pacientes representó más probabilidades de depresión, con una p estadísticamente significativa.

Los factores familiares representaron mayor riesgo de depresión (OR 13.57), seguido de los personales (OR 10.52) y psicológicos (OR 5.46). La presencia de comorbilidades (OR 6.18) denota incremento del riesgo de depresión. El diagnóstico de migraña (OR 6.63) síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional (OR 4.24) son los problemas médicos más relacionados al desarrollo de depresión. Otro factor que cobra importancia es la polimedicación (OR 5.14) en los pacientes con patologías asociadas. Todos estos resultados difícilmente se explican por el azar.

Por tanto, se recomienda como medida preventiva para el desarrollo de depresión, la instauración de terapia psicológica a los pacientes que reúnan factores de riesgo, difundir información al personal médico sobre estos factores de riesgo para intentar reducirlos, crear campañas de educación a los pacientes y familiares, que incluya charlas educativas sobre todo a aquellos con patologías crónicas (pacientes dispenzarizados) así como la participación intersectorial, en un intento por impactar positivamente en este importante problema de salud.

INDICE

<i>Dedicatoria</i>	<i>i</i>
<i>Agradecimiento</i>	<i>ii</i>
<i>Resumen</i>	<i>iii</i>
I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. ANTECEDENTES.....	6
III. JUSTIFICACION.....	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V. OBJETIVOS.....	10
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	11
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	19
VIII. RESULTADOS.....	22
IX. ANALISIS DE RESULTADOS.....	27
X. CONCLUSIONES.....	31
XI. RECOMENDACIONES.....	32
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	33
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés¹. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares².

Sabemos que la depresión no es un problema actual, sino que ha existido desde siempre considerándose como un estado de ánimo pasajero en donde las personas que padecían este mal se les trataba de curar incluso de forma natural; hasta que Hipócrates comenzó a analizar este "estado de ánimo pasajero", el cual encontró y concluyó a esta como una enfermedad que provenía de uno de los cuatro humores corporales (bilis negra) y fue a partir de entonces que se le comenzó a tomar más importancia a este trastorno.

Posteriormente el término depresión fue evolucionando dando paso a que muchos investigadores interesados en la enfermedad formularan, de acuerdo a las características y síntomas en que se presentaba, su propia definición y explicación acerca del por qué se originaba este trastorno.

Las causas y síntomas que se presentan en la depresión son diversas y enfocadas a muchos aspectos; si bien las causas de la depresión no son conocidas, diferentes elementos podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad). También podrían jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de la depresión, dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico o disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales^{3,4}.

Al hablar de depresión es importante considerar ¿qué pasa realmente en el mundo, quienes la padecen más?, son preguntas que nos pueden ayudar a saber qué es y cómo se presenta la depresión para así tomar decisiones y actuar de acuerdo a estas. Con el presente estudio, se pretendió indicar algunos factores asociados a la depresión en los pacientes que acuden a consulta externa de medicina interna en el hospital militar escuela "Dr Alejandro Dávila Bolaños", en el período en estudio.

II. ANTECEDENTES

Con el propósito de estudiar la relación entre depresión, factores de estrés (índice de sucesos vitales, índice de reactividad al estrés e índice general de adaptación) y predisposición a enfermar. Se realizó un estudio, las muestras compuestas de 42 pacientes, con enfermedad somática aguda y diagnóstico de certeza procedentes de consultas ambulatorias de medicina interna del Hospital General y Clínico de Tenerife y 36 sujetos en estado de salud y que no habían padecido ninguna enfermedad durante los 12 meses previos al estudio. Con lo que se llegó a considerar que el acúmulo de sucesos estresantes es favorecedor del desarrollo de estados patológicos, actuando la reactividad al estrés como factor sensibilizante o amortiguante frente al impacto de estos sucesos, así como en menor medida el grado de adaptación general del individuo. Respecto a la depresión se constató que es un factor que también influye sobre los mecanismos homeostáticos del individuo predisponiendo al desarrollo de enfermedades.⁵

Para estimar la prevalencia de los síntomas depresivos en personas mayores de 64 años y analizar su asociación con variables sociodemográficas, marcadores de fragilidad y enfermedades incapacitantes, se realizó un estudio descriptivo transversal mediante encuesta. La muestra estuvo constituida por 417 personas mayores de 64 años del área sanitaria de Guadalajara, seleccionados a partir de la tarjeta sanitaria. Para estimar los síntomas depresivos se utilizó el test de Yesavage, con un punto de corte de 6 o superior. El cuestionario contenía variables sociodemográficas, clínicas y escalas evaluativas sobre deterioro cognitivo, discapacidad y riesgo social. Los criterios de fragilidad estudiados fueron: edad mayor de 80 años, ser mujer, deterioro cognitivo, discapacidad, polifarmacia, comorbilidad y riesgo social. La prevalencia de síntomas depresivos es muy elevada en las personas mayores de 64 años, 4 veces superior a la frecuencia de depresión clínica, y se asocia con el riesgo social y la comorbilidad.⁶

Se realizó un estudio para Analizar la prevalencia del síndrome depresivo y los factores asociados con la depresión en Colombia entre los años 2000 y 2001. Estudio descriptivo de corte transversal se aplicó una encuesta entre noviembre de 2000 y enero de 2001 a 1 116 adultos de 18 años de edad o más. Los factores asociados con la depresión en el último mes fueron ser mujer, mayor de 45 años de edad, considerar el estado de salud propio como regular o malo, sufrir de dolores o molestias, tener dificultades en las relaciones interpersonales, consumir marihuana o sustancias adictivas, medicamentos estimulantes o calmantes, tener dependencia del alcohol, o estar desempleado con discapacidad.⁷

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal, en una muestra de 46 pacientes que asistieron a la Consulta Externa del Hospital Militar Central "Dr. Carlos j. Finlay", en el último semestre de 2004, remitidos de otras especialidades, con el objetivo general de la búsqueda de depresión oculta. El primer día se aplicó el cuestionario de cogniciones anticipatorias, y a todos los que obtuvieron una puntuación mayor de 7

puntos, se les realizó la entrevista semiestructurada y se les aplicó la escala de Hamilton, para corroborar y clasificar la intensidad de la depresión, aspectos que ayudaron a encontrar síntomas depresivos, así como la aplicación de conductas psicoterapéuticas en los casos necesarios, de manera que se cumplió otro de los objetivos trazados. Se aplicó el cuestionario de cogniciones anticipatorias a un total de 46 pacientes, en 20 de ellos el *test* fue positivo, lo que indicó la presencia presuntiva de depresión, predominó el sexo femenino, mayores de 35 años de edad, técnicos medio, unión consensual, 15 o más años de trabajo y los conflictos principales estuvieron relacionados con la esfera conyugal y laboral.⁸

En el Hospital Militar Escuela Dr. “Alejandro Dávila Bolaños” se realizó un estudio “Utilidad clínica del potencial evocado cognitivo onda P 300 en pacientes con trastorno depresivo mayor, (Julio a Diciembre 2004)” en el cual se encontró que los factores familiares son los más relacionados a la aparición de depresión.⁹

Así también, en este mismo centro hospitalario, se realizó otro estudio “Asociación entre trastornos ansio depresivos y diagnóstico de dispepsia funcional (Febrero-Diciembre 2006)” en el que se encontró gran relación en la aparición de dispepsia funcional en los pacientes con diagnóstico de depresión, lo que habla a favor de la mayor vulnerabilidad de estos pacientes al desarrollo de patologías funcionales.¹⁰

III.JUSTIFICACIÓN

Los costos estimados en el Hospital militar, atribuidos a pacientes con depresión se calculan en un 5-10% del presupuesto mensual destinado a pacientes con enfermedades crónicas, sin contar con los días de hospitalización o atenciones en emergencias por síntomas atribuibles a tal diagnóstico.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, en el año 2005 el gasto en antidepresivos fue superior a los 600 millones de euros, 6 veces más que en 1994. Por término medio, los pacientes con depresión pierden 11 días por cada periodo de 6 meses, mientras que los individuos sin esta condición únicamente pierden dos o tres¹¹.

Debido a su alta prevalencia, al coste que origina su tratamiento, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio (unas cincuenta y ocho mil personas se suicidan cada año en la Unión Europea, cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA) y a su impacto en la productividad de las personas, la depresión juega un enorme papel económico no sólo en el sistema sanitario sino también en la sociedad. El suicidio aumenta en Nicaragua y registra siete casos por cada 100 personas, siendo los jóvenes entre los 15 y 34 años de edad las víctimas más frecuentes.

La depresión, y la ansiedad acompañante, es la manifestación psicológica más frecuente e intensa del sufrimiento humano, que en casos extremos termina en el suicidio. A pesar de que puede restringir significativamente la calidad de vida del individuo, su interacción personal o social y productividad, sorprende que a nivel de la atención médica primaria no sea reconocida en la mitad de los casos y sea tratada en sólo la mitad de los diagnosticados. Sin embargo, es responsabilidad del médico internista estar preparado para reconocer la depresión y tratarla eficientemente, por las siguientes razones: 1. La medicina interna propone como concepción fundamental la visión integral del paciente; 2. El funcionamiento de la mente normal y patológica se fundamenta en principios biológicos; 3. La ansiedad y la depresión son las manifestaciones emocionales más frecuentes en la práctica médica, presentándose como desórdenes primarios o como condiciones asociadas a otros desórdenes psiquiátricos y enfermedades médicas (incluyendo a sus tratamientos), o que resultan del impacto emocional de las enfermedades médicas y quirúrgicas. Esta investigación pretende crear un precedente que coopere fundamentalmente con el Hospital Militar, MINSA y otras empresas previsionales encargadas de la atención en salud a la población, detectando factores de riesgo relacionados a depresión, para contar con más posibilidades de incidir en éstos, reduciendo indudablemente las tasas de consultas y saturación de las mismas así como reducción de costos en medicamentos, días de hospitalización y riesgo de suicidio, de igual manera incidir directamente en la calidad de vida de los pacientes.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores sociodemográficos relacionados a la depresión en los pacientes en estudio?

¿Cuáles son los factores biológicos asociados a depresión en los pacientes en estudio?

¿Cuáles son las adversidades asociadas a la depresión en los pacientes en estudio?

¿Cuáles son los diagnósticos médicos más importantes en los pacientes deprimidos, así como el número de fármacos empleados para el tratamiento respectivo?

¿Se podrán indicar los factores asociados a la depresión en los pacientes que acudan a consulta externa de Medicina Interna en el HMEDADB, en el período comprendido entre 01 Julio al 30 de septiembre del año 2011?

V.OBJETIVOS

Objetivo general

Indicar los factores asociados a la depresión en los pacientes que acudan a consulta externa de Medicina Interna en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, en el período comprendido entre 01 Julio al 30 de septiembre del año 2011.

Objetivos específicos

1. Señalar algunos factores sociodemográficos relacionados a la depresión en los pacientes en estudio.
2. Identificar los factores biológicos asociados a depresión en los pacientes en estudio.
3. Describir las adversidades asociadas a la depresión en los pacientes en estudio.
4. Seleccionar las comorbilidades más importantes en los pacientes incluidos en el presente estudio, así como el número de fármacos empleados para el tratamiento respectivo.

VI. MARCO DE REFERENCIA

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva¹².

La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.

Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas¹.

Si bien las causas de la depresión no son conocidas, diferentes factores podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad). También podrían jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de la depresión, dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico o disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales^{3,4}.

VI. a. Factores de riesgo

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos¹⁵.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales¹⁷, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco²² y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia¹⁶. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión¹⁷ y

también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos²³.

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta²⁴. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general²⁵, proporción también importante en los de segundo grado²⁶. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad²⁷.

No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido. Por otra parte, con el progresivo conocimiento del genoma humano se ha hecho posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión mayor.

Un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor²⁸.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor^{29, 30} y probablemente, este rasgo de personalidad infiere mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida²⁵. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor^{28, 29} y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor³².

Se ha observado que pacientes fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tenían mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos psiquiátricos³³. Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor³⁴.

La depresión asociada a enfermedades médicas, puede reflejar el estrés psicológico al enfrentar una determinada enfermedad, o ser la respuesta a la enfermedad médica misma o a los medicamentos utilizados, o puede simplemente coexistir con la enfermedad médica.

Ciertas enfermedades médicas tienen una fuerte asociación con la depresión: cáncer del páncreas, cáncer del pulmón, tumores cerebrales particularmente de los lóbulos frontales, enfermedad de Cushing, hipotiroidismo o hipertiroidismo, estado pos infarto del miocardio, enfermedad de Parkinson, ACV y enfermedad de Huntington.

La prevalencia de depresión es mayor en las enfermedades cardíacas (20 % a 30 % de los casos), en los enfermos con cáncer (25 %) y en especial cáncer del páncreas y

orofaringe (hasta 50 %), en las enfermedades neurológicas, en particular, ACV, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple y lesiones traumáticas del cerebro, Diabetes Mellitus (hasta 27 %), enfermedad tiroidea, hipo o hipertiroidismo y síndrome de Cushing. Ciertos medicamentos también pueden causar depresión, especialmente, los corticoesteroides, el interferón, la l-dopa, el propranolol y los anticonceptivos orales¹⁷.

Con el objetivo de crear un modelo predictivo de depresión, se está llevando a cabo en diferentes países de la Unión Europea, un estudio prospectivo basado en la realización de encuestas enfocadas sobre factores de riesgo de depresión en Atención Primaria³⁵.

VI. b. Diagnóstico

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocóndricas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.

La edad de inicio de la DM, aunque varía en diferentes estudios, puede establecerse entre los 30 y 40 años, alcanza un pico máximo de incidencia entre los 18-44¹³. La presentación de la enfermedad puede ser distinta con la edad y así, los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales mientras que los ancianos tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos¹⁴.

Existen diversos instrumentos diagnósticos fiables, como la escala de autoevaluación MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)^{15, 16} que permiten identificar aquellos individuos que presentan síntomas depresivos y posibilitan que el clínico lleve a cabo una entrevista diagnóstica. Muchos de estos instrumentos son útiles en los centros de Atención Primaria.

El primer episodio de una depresión mayor puede ocurrir en cualquier momento y en algunos casos, en los meses previos a su presentación, los pacientes pueden experimentar un conjunto de síntomas, como ansiedad, fobias, síntomas depresivos mínimos y ataques de pánico¹⁷. La tendencia a la recurrencia es muy frecuente en esta patología¹⁹. El episodio depresivo grave puede además venir o no acompañado de síntomas psicóticos, donde además de los criterios establecidos para definir un episodio depresivo grave, aparecen ideas delirantes, alucinaciones o estupor.

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones CIE-10¹⁹ y DSM-IV²⁰. Su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales.

VI.b.1. Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos.
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
 - Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo.
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
 - Pérdida marcada del apetito.
 - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
 - Notable disminución del interés sexual

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos) (Tablas 1 y 2). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas.

El DSM-IV utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

VI.b.2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo:

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la 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 de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome Somático*

Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

VI. c. Cribado de depresión

Un elevado porcentaje de pacientes con depresión no están diagnosticados ni tratados,^{30,31} por lo que algunos autores proponen la realización de cribados entre la población, con el fin de asegurar que todos sean identificados y reciban el tratamiento adecuado.

Es importante plantearse si la realización de un cribado mejora los resultados en pacientes con depresión mayor y si debiera realizarse de una forma amplia (toda la población general, todos los pacientes que acuden a una consulta) o de una forma limitada (únicamente aquellos pacientes en los que exista algún tipo de riesgo específico).

En un meta-análisis reciente³⁸, realizado con el fin de evaluar la validez diagnóstica de los cuestionarios en el cribado de depresión, los autores observaron que los test de una pregunta tienen una sensibilidad del 32% y una especificidad del 96% con valor predictivo positivo (VPP) del 56% y valor predictivo negativo (VPN) del 92%, mientras que los test de dos o tres preguntas tienen una sensibilidad y especificidad del 74%, con un VPP del 38% y un VPN del 93%. Los autores concluyen que los test ultracortos (entre una y cuatro preguntas) parecen ser, en el mejor de los casos, un método para excluir el diagnóstico de depresión y debieran ser usados únicamente cuando existen suficientes recursos para un segundo análisis de los casos inicialmente positivos.

En la GPC de Depresión de NICE21, el apartado de cribado de la depresión se basa en dos revisiones sistemáticas. La primera resume el trabajo de la *U.S Preventive Services Task Force* e identifica 14 ensayos clínicos aleatorios en los que se evaluó el efecto del cribado rutinario de la depresión en adultos³⁹. La segunda revisa un grupo de nueve ensayos similar al anterior, aunque no idéntico⁴⁰. Las conclusiones de NICE fueron las siguientes:

El cribado rutinario de la depresión puede ser efectivo en la identificación de un importante número de casos, si bien los datos son limitados sobre si tiene algún efecto beneficioso sobre la sintomatología depresiva, aún disponiendo de un programa de tratamiento accesible.

En un cribado, un cuestionario de dos preguntas es tan efectivo como un cuestionario más elaborado y se adapta mejor a las características de la Atención Primaria.

Ninguno de los estudios revisados se ocupó específicamente de las personas consideradas de alto riesgo para desarrollar depresión y sus recomendaciones para la práctica clínica fueron:

El cribado de la depresión debería ser abordado en Atención Primaria para grupos de riesgo, como los que tienen antecedentes de depresión, enfermedades incapacitantes u otros problemas mentales como la demencia.

Los profesionales sanitarios deberían tener en cuenta las potenciales causas físicas de la depresión, la posibilidad de que sea causada por la medicación y considerar si es apropiado realizar un cribado.

El cribado de depresión debería incluir al menos dos preguntas referentes al ánimo y a la capacidad de disfrute de la persona.

Es necesario investigar acerca del coste-efectividad del cribado en personas consideradas de alto riesgo de presentar depresión.

En 2004, la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*⁴⁰ publicó una actualización de sus recomendaciones tras la revisión de Pignone *et al*³⁹. Este grupo de trabajo recomienda realizar el cribado de la depresión mayor en adultos en Atención Primaria, siempre que vaya unido a un tratamiento y seguimiento efectivos. Por último, la Colaboración Cochrane publicó en 2001, una revisión sobre el tema, actualizada en 2005^{41, 42} aunque sólo aporta un ensayo respecto a la GPC de depresión de NICE21, en la que sus autores concluyen que los cuestionarios de cribado tienen un impacto mínimo sobre la detección, tratamiento o resultado de la depresión, no debiendo adoptarse esta estrategia por sí sola.

VI. d. Riesgo de suicidio

La depresión es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida, siendo ésta el resultado de la confluencia de un gran número de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la simple ideación pasajera hasta el suicidio consumado. Las variables que intervienen en la producción de la conducta suicida son muchas, e incluyen factores biológicos, así como variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales⁴³⁻⁴⁴.

Uno de los principales problemas que surgen al interpretar los hallazgos de los estudios acerca de la conducta suicida es su baja representatividad, ya que el suicidio es una conducta infrecuente.

La guía NICE recoge la importancia de la gravedad del episodio depresivo mayor como factor de riesgo de suicidio¹⁷, señalando otros autores la importancia de la desesperanza⁴⁵.

Dos estudios prospectivos con un seguimiento de 18-24 meses observaron diferentes porcentajes de intento de suicidio o su consumación, oscilando entre el 8%⁴⁶ y el 16,6%⁴⁷, sin precisar en ellos la gravedad del trastorno depresivo. En el primer estudio⁴⁶, el riesgo de suicidio fue significativamente mayor en los periodos de remisión parcial y durante el episodio que en el periodo de remisión total.

Tras un análisis multivariante, los factores más importantes fueron la duración del episodio depresivo, los intentos de suicidio y la falta de pareja. En el segundo estudio, se abordaron los factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida, observando que la historia familiar de suicidios previos, los antecedentes de

drogadicción o tabaquismo, los trastornos límite de la personalidad y la separación familiar en edad temprana multiplican por tres el riesgo de actos suicidas en hombres con depresión mayor. En las mujeres, el riesgo de suicidio fue mayor en aquellas con intentos previos e ideación suicida y se incrementaba tres veces el riesgo de suicidio con cada intento previo.

El comportamiento impulsivo y agresivo como factor de riesgo de suicidio fue estudiado en un estudio de casos (pacientes varones que se suicidaron durante un episodio depresivo) y controles (pacientes varones vivos con depresión mayor). Los autores observaron que el abuso o dependencia de alcohol u otras drogas y el trastorno límite de la personalidad aumentan el riesgo de suicidio en pacientes con depresión mayor, así como altos niveles de impulsividad y agresividad⁴⁸.

Por último, un estudio retrospectivo de 21 años de seguimiento que incluyó 785 pacientes con depresión encontró que las únicas variables significativas predictoras de suicidio tras un análisis univariante fueron la tendencia suicida, valorada con 7 puntos en la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) y la historia de intentos previos de suicidio⁴⁹.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a) Tipo de estudio:

De casos y controles.

b) Área de estudio:

El área de estudio es el servicio de Consulta Externa del Hospital Militar Escuela “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”, Managua, Nicaragua.

c) Población de estudio:

Constituida por el total de pacientes (2,200) que acudieron a consulta externa de Medicina Interna, de Julio a Septiembre del año 2011.

d) Unidad de análisis:

La unidad de análisis estuvo conformada por cada paciente que acudió a consulta, del Hospital en estudio.

e) Definición de Casos:

80 pacientes con diagnóstico de depresión, que hayan asistido a consulta en el período de estudio. El número de casos está conformado por el total de pacientes con diagnóstico de depresión que cumplieron los requisitos establecidos.

f) Definición de Controles:

Pacientes con diagnóstico diferente al de depresión, que hayan asistido a consulta en el período de estudio. La escogencia de los Controles se hizo con el método de muestreo aleatorio simple, el número de controles fue el doble del los casos (160 pacientes).

g) Criterios de Selección para los Casos:

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de depresión (criterios clínicos según CIE 10)
- Que acudieron a consulta externa, al servicio de medicina interna, en el período en estudio.
- Edad mayor a 18 años, edad que ya denota definición de personalidad definitivamente.

Criterios de exclusión para los casos

- Pacientes que no respondieron la totalidad de las respuestas en entrevista.

h) Criterios de Selección para los Controles:

Criterios de inclusión para los controles

- Pacientes con diagnóstico diferente de depresión (criterios clínicos según CIE 10)
- Que acudieron a consulta externa, al servicio de medicina interna, en el período en estudio.
- Edad mayor de 18 años

Criterios de exclusión para los controles

- Pacientes que no respondieron la totalidad de las respuestas en entrevista.

i) Variables según objetivos:

Objetivo 1:

Edad

Sexo

Procedencia

Estado civil

Número de parejas

Número de hijos

Religión

Escolaridad

Profesión

Ocupación

Condición laboral actual

Hábitos tóxicos

Ingreso familiar

Relaciones familiares

Objetivo 2:

Antecedentes familiares de primer o segundo grado de depresión

Antecedentes familiares de primer o segundo grado de otras enfermedades psiquiátricas

Objetivo 3:

Rasgos neuróticos de personalidad: Trastornos de ansiedad, distimia

Exposición a estrés

Factores desencadenantes la depresión

Objetivo 4:

Comorbilidades

Número de fármacos empleados para tratamiento de enfermedad de base

Polimedicación

j). Operacionalización de variables: (Ver en Anexos)

k). Fuente de información:

La fuente de información fue primaria, ya que se entrevistaron a los pacientes definidos como Casos y como Controles, y secundaria por la revisión de los expedientes clínicos.

l). Recolección de la información:

Para la recolección de la información se diseñó un instrumento, con preguntas abiertas y cerradas relacionadas a cada variable en estudio, con el propósito de entrevistar a cada Caso y a cada Control, seleccionados para el presente estudio.

m). Procesamiento de la información

Los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico Epi-Info 3.5.1 para el análisis de las variables estudiadas y la construcción de tablas de frecuencias y porcentajes como medidas de resumen y tablas 2x2 para el establecimiento de indicadores de asociación (OR) y la prueba de Chi cuadrado para significación estadística.

n). Aspectos éticos:

La información obtenida es de uso exclusivo para fines de estudio. De igual manera se garantizó la confidencialidad de la identidad de los participantes.

o). Trabajo de terreno:

Para la realización del presente estudio se solicitó la autorización por escrito a la Dirección del Hospital. De igual manera se conversó con cada paciente para la debida recolección de la información, mediante la entrevista realizada durante el período de estudio.

p). Validación del instrumento

Se realizó la validación del instrumento de recolección de la información en 24 pacientes (que constituyó el 10% de la muestra total), lográndose la aprobación de la totalidad de las preguntas incluidas en la entrevista.

VIII. RESULTADOS

En ambos grupos de comparación la edad que prevalece es entre 31 y 60 años. Del total de los casos el 33.8% (27 pacientes) tienen edad entre 41-60 años, y el 27.5%(22 pacientes) tienen edad entre 31-40 años. Del total de los controles el 35% (56 pacientes) tienen edad entre 41-60 años y 31.3%(50pacientes) tienen edad entre 31-40 años. (ver tabla 1)

Del total de los casos 70%(56 pacientes) son del sexo femenino y 30%(24 pacientes son del sexo masculino. Del total de controles 32.5%(52pacientes) son del sexo femenino, 67.5%(108 pacientes) son del sexo masculino. Una mujer tiene 4.85 veces más probabilidades de deprimirse en relación al hombre (OR 4.85 (2.61-9.06)IC 95%). El resultado encontrado difícilmente se explica por el azar ($P<0.05$). (Ver tabla 2 y 2.1)

Tanto en el grupo de casos como en el grupo control la mayoría proceden de Managua, representado por el 57.5% (46 pacientes) y el 68.8% (110 pacientes) respectivamente. (ver tabla 3)

Del total de los casos el 36.3% (29 pacientes) están casados, 32.5%(26 pacientes) son solteros. Del total de los controles el 56.3% (90 pacientes) están casados, 26.3%(42 pacientes) son solteros. (Ver tabla 4)

En ambos grupos tanto en los casos como en los controles, la mayoría de pacientes han tenido solamente un compañero de vida, esto representado por el 53.8%(43 pacientes) para los casos y el 66.9%(107 pacientes) para los controles. (Ver tabla 5)

Del total de casos, el 41.3%(33 pacientes) tienen de 1 a 3 hijos y 28.8%(23 pacientes) de 4 a 6 hijos. Del total de los controles, 51.9%(83 pacientes) tienen de 1 a 3 hijos y 25.6%(41 pacientes) de 4 a 6 hijos. (Ver tabla 6)

La distribución según religión reflejó que la mayoría pertenecen a la católica, con 68.8%(55 pacientes) de los casos y 78.8%(126 pacientes) de los controles. (Ver tabla 7)

Para ambos grupos de comparación la mayoría de los pacientes tienen un nivel educativo superior. Del total de los casos, 52.5%(42 pacientes) tienen educación superior y 20%(16 pacientes) tienen secundaria completa. Del total de los controles, 61.9%(99 pacientes) tienen educación superior y 25%(40 pacientes) tienen secundaria completa. (Ver tabla 8)

Tanto en el grupo de casos como en los controles más de la mitad de los pacientes tienen alguna profesión. Esto evidenciado por el 53.7%(43 pacientes) y el 68.1%(109 pacientes) para cada grupo, respectivamente. (ver tabla 9)

Del total de los casos el 35%(28 pacientes) laboran en su ramo y el 22.5%(18 pacientes) son amas de casa. Del total de los controles 51.3%(84 pacientes) laboran en su ramo y el 6.9%(11 pacientes) son amas de casa. Una persona ama de casa tiene 3.9 veces más probabilidad de desarrollar depresión, en relación a los que tienen otra ocupación (OR 3.93 (1.65-9.51) IC 95%).El resultado encontrado difícilmente se explica por el azar $P<0.05$.(Ver tabla 10 y 10.1).

Del total de los casos, 61.3%(49 pacientes) están empleados, 27.5%(22 pacientes) desempleados, 11.3%(9 pacientes) pensionados. Del total de los controles 79.4%(127 pacientes) están empleados, 15%(24 pacientes) desempleados y 5.6%(9 pacientes) pensionados. Una persona desempleada o pensionada tiene 2.43 veces más probabilidad de desarrollar depresión, en relación a aquella empleada (OR 2.43 (1.29-4.59), IC del 95%).El resultado esperado difícilmente se explica por el azar ($P<0.05$). (Ver tablas 11 y 11.1)

Del total de los casos el 36.3%(29 pacientes) tienen una combinación de hábitos tóxicos (café más licor) y 22.5%(18 pacientes) ninguno. Del total de los controles el 58.1%%(93 pacientes) no tienen hábitos tóxicos y 16.9% (27 pacientes) consumen licor. Una persona que posee hábitos tóxicos tiene 4.7 veces más probabilidad de desarrollar depresión, en relación a la que no los tiene (OR 4.78 (2.49-9.25), IC 95%).El resultado encontrado difícilmente se explica por el azar ($P<0.05$)(Ver tablas 12 y 12.1)

Del total de los casos, el 41.3% (33 pacientes) tienen ingreso familiar insuficiente, el 30%(24 el total de los pacientes) suficiente, 28.8%(23 pacientes) tienen ingreso ajustado. Del total de los controles 44.4%(71 pacientes) tienen ingreso familiar suficiente, 33.1%(53 pacientes) ajustado y 22.5%(36 pacientes) un ingreso insuficiente. Una persona con pobre ingreso familiar (ajustado e insuficiente) tiene 1.86 veces más probabilidad de desarrollar depresión, en relación a la que tiene ingreso suficiente (OR de 1.86 (1.01-3.43), IC del 95%). El resultado encontrado difícilmente se explica por el azar ($P<0.05$). (Ver tablas 13 y 13.1)

Del total de los casos, el 41.3%(33 pacientes) pertenecen a una familia dispersa, 31.3%(25 pacientes) a una familia integrada y 27.5%(22 pacientes) a una familia disfuncional. Del total de los controles 83.8% (134 pacientes) pertenecen a una familia integrada, 12.5%(20 pacientes) a una familia dispersa y 3.8%(6 pacientes) a una familia disfuncional. Una persona que posee una familia no integrada (disfuncional o dispersa) tiene 11.3 veces más probabilidad de desarrollar depresión, en relación a la que posee una familia integrada (con OR 11.34 (5.76-22.52), IC95%). El resultado encontrado difícilmente se explica por el azar ($P<0.05$). (Ver tablas 14 y 14.1)

Del total de los casos, el 58.8%(47 pacientes) tenían antecedente familiar de depresión y 41.3%(33 pacientes) no. Del total de los controles, el 13.1%(21 pacientes) tenían el antecedente familiar de depresión y 86.9%(139 pacientes) no. Una persona con antecedente familiar de depresión tiene 9.43 veces más probabilidad de desarrollar depresión, en relación a la persona sin el antecedente, (OR 9.43 (4.75-18.66), IC del 95%). El resultado encontrado difícilmente se explica por el azar (con $P < 0.05$). (Ver tablas 15 y 15.1)

Del total de casos, 5%(4 pacientes) tiene antecedente familiar de otra enfermedad psiquiátrica, 95%(76 pacientes) no. Del total de los controles 2.5%(4 pacientes) tienen antecedente familiar de otra enfermedad psiquiátrica, 97.5%(156 pacientes) no. Una persona con antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica tiene 2 veces más probabilidades de desarrollar depresión, en relación a la que no lo tiene. (OR 2.05 (0.42-10.08), con un IC de 95%). El resultado encontrado puede explicarse por el azar ($P > 0.05$). (Ver tablas 16 y 16.1)

Del total de casos, 60%(48 pacientes) tienen rasgos neuróticos de personalidad, y 40%(32 pacientes) no. Del total de los controles, 7.5% (12 pacientes) tiene rasgo neurótico de personalidad, 92.5%(148 pacientes) no. Una persona con rasgos neuróticos de personalidad tiene 18.5 veces más probabilidades de deprimirse (OR 18.50 (8.37-41.67), IC de 95%), en relación a la que no tiene el antecedente. El resultado encontrado difícilmente se explica por el azar ($P < 0.05$). (Ver tablas 17 y 17.1)

En el grupo de casos, el rasgo neurótico de personalidad más frecuentemente encontrado fue el trastorno de ansiedad en 25%(20 pacientes), en contraste con los controles donde solamente se encontró en el 2.5%(4 pacientes). (Ver tabla 18)

Del total de los casos, 70%(56 pacientes) tienen exposición a estrés, 30%(24 pacientes) no. Del total de los controles 26.9%(43 pacientes) tienen exposición a estrés, 73.1%(117 pacientes) no. Una persona bajo exposición a estrés tiene 6.35 veces más de probabilidad de desarrollar depresión (OR 6.35 (3.37-12.02), IC de 95%). El resultado esperado difícilmente se explica por el azar ($P < 0.05$). (Ver tablas 19 y 19.1)

En relación a los desencadenantes de depresión, del total de los casos, 47.5%(38 pacientes) tienen factores familiares asociados, 32.5%(26 casos) tienen factores personales y el 20%(16 casos) factores psicológicos. En el grupo control, el 6.3%(10 pacientes) tienen factores familiares asociados, 4.4%(7 casos) tienen factores personales, el 4.4%(7 casos) factores psicológicos y 85%(136 pacientes) ninguno. (Ver tabla 20)

Los factores familiares representan mayor riesgo de depresión (chi cuadrado 54.17), seguido de los factores personales (chi cuadrado 33.24) y los psicológicos (chi

cuadrado 13.28). Por tanto, se acepta la hipótesis planteada, se niega la hipótesis nula. (Ver tabla 20.1)

Una persona con la presencia de factores familiares tiene 13.5 veces más probabilidad de desarrollar depresión en relación a la que no los tiene (OR de 13.57 (5.91-31.91) un IC de 95%). Los resultados encontrados difícilmente se explican por el azar ($P < 0.05$). En el grupo de casos el elemento más importante fue el conflicto conyugal 23.8% (19 pacientes), seguido de la separación en 8.8% (7 casos). En el total de los controles la separación representó 8.8% (7 casos) y por enfermedad en 1.9% (3 casos). (Ver tablas 21 y 21.1)

Una persona con la presencia de factores personales tiene 10.52 veces más probabilidad de desarrollar depresión en relación a la que no los tiene (OR de 10.52 (4.05-28.42) un IC de 95%). Los resultados encontrados difícilmente se explican por el azar ($P < 0.05$). En el grupo de casos 8.8% (7 pacientes) atribuyeron su depresión a enfermedad, 5% (4 casos) a ingresos bajos y 5% (4 casos) a desempleo. En el grupo control el 2.5% (2 pacientes) mencionó problemas laborales. (Ver tablas 22 y 22.1).

Una persona con la presencia de factores psicológicos tiene 5.46 veces más probabilidad de desarrollar depresión en relación a la que no los tiene (OR de 5.46 (1.99-15.48) un IC de 95%). Los resultados encontrados difícilmente se explican por el azar ($P < 0.05$). En el grupo de casos, 8% (10 pacientes) refirió sentirse solo, 5% (4 casos) refirió falta de afecto. En los controles, el 1.3% (2 pacientes) se encontró estrés y en la misma proporción en 1.3% (2 pacientes) falta de afecto. (Ver tablas 23 y 23.1).

Del total de casos, 78.8% (63 pacientes) tienen comorbilidades y 21.3% (17 pacientes) no. Del total de controles 37.5% (60 pacientes) tienen comorbilidades y 62.5% (100 pacientes) no. Una persona que padece de comorbilidades tiene 6.18 más probabilidades de desarrollar depresión, en relación a la que no las padece (OR 6.18 (3.18-12.13), IC de 95%). Los resultados encontrados difícilmente se explican por el azar ($P < 0.05$). (Ver tablas 24 y 24.1)

En el grupo de casos las comorbilidades más frecuentemente encontradas son: combinación de comorbilidades 20% (16 casos), migraña 11.3% (9 casos), hipertensión arterial 8.8% (7 casos), síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional 7.5% (6 casos), osteoartrosis 7.5% (6 casos), diabetes 7.5% (6 casos) y alcoholismo 6.3% (5 casos). En el grupo de controles las comorbilidades más frecuentemente encontradas son: hipertensión arterial 12.5% (20 casos), diabetes 6.9% (11 casos) y combinación de comorbilidades en 5.6% (9 casos) (Ver tabla 25)

Una persona que padece de migraña tiene 6.63 más probabilidades de desarrollar depresión, en relación a la que no la padece (OR 6.63 (1.58-31.96), IC de 95%). Los resultados encontrados difícilmente se explican por el azar ($P < 0.05$). (Ver tabla 25.1).

Una persona que padece de síndrome de intestino irritable o dispepsia funcional tiene 4.24 más probabilidades de desarrollar depresión, en relación a la que no la padece (OR 4.24 (0.91-22.10), IC de 95%). Los resultados encontrados difícilmente se explican por el azar ($P < 0.05$). (Ver tabla 25.2)

Del total de casos el 38.8%(31 pacientes) toman de 1-3 fármacos como tratamiento para las comorbilidades, 30%(24 pacientes) ninguno, 27.5%(22 pacientes) de 4-6 fármacos y 3.8%(3 pacientes) 7 ó más. Del total de los controles, 65.6%(105) no toman ningún fármaco, 26.3%(42 pacientes) de 1-3 y 8.1%(13 pacientes) de 4-6 fármacos. Una persona que está bajo polimedicación (agrupados acá los que toman 4 ó más fármacos) presenta 5.14 veces más probabilidad de desarrollar depresión, en relación a la que no está bajo polimedicación (OR= 5.14 (2.32-11.50), IC de 95%). Los resultados obtenidos difícilmente se explica por el azar ($P < 0.05$). (Ver tablas 26 y 26.1)

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tanto en los casos como en los controles la edad predominante son los pacientes menores de 60 años, esto es atribuido al perfil del hospital donde se realizó el estudio, ya que en el mismo la población mayormente vista son los adultos jóvenes, no se atienden pacientes pensionados (por el seguro social). La variabilidad de la prevalencia de la depresión mayor está en relación al tipo de población estudiada, es conocido que la depresión mayor es más frecuente en personas mayores de 60 años, sin embargo la depresión menor es frecuente en edades menores. Otro punto importante que recalcar es que nuestra pirámide poblacional muestra gran predominio de población joven.

En relación al sexo, la condición de ser mujer, representa más probabilidades de desarrollar depresión, los casos fueron predominantemente del sexo femenino. Esto no difiere de lo descrito en la literatura. La epidemiología revela que las mujeres padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos. Los cambios hormonales, tales como estrógenos y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, la crianza de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Además ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres.

La mayoría de los pacientes tanto los casos como los controles, proceden de Managua, lo que está relacionado a la ubicación del Hospital.

En relación a la religión, la mayoría de pacientes, tanto los casos como los controles profesan la religión católica, éste no es considerado un factor de riesgo para desarrollar depresión ni en la literatura, ni en este estudio.

La mayoría de pacientes en los grupos de estudio (casos y controles), tienen educación superior, seguido por el nivel de educación secundaria completa, esto está relacionado al hecho de que en este hospital la captación de pacientes profesionales es elevada, considerando también que se atienden pacientes del seguro social. Esto se correlaciona al hecho de más de la mitad de los pacientes tienen alguna profesión.

La persona que se ocupa del hogar (ama de casa) representa casi 4 veces más riesgo de deprimirse en comparación a la que tiene otra ocupación. Esto está ampliamente apoyado por la literatura. Puede explicarse por dos razones: generalmente las amas de casa son mujeres que como mencionábamos previamente, están expuestas a cambios hormonales que favorecen estados anímicos cambiantes, la propia situación que implica cuidado de los niños y del hogar que es origen de estrés, sumado a sentimientos de subutilización, condición que generalmente es crónica, todo esto conlleva a alteración del autoestima.

La mayoría de los pacientes en ambos grupos (casos y controles) están empleados, seguramente en relación a que se captaron en su mayoría a través del programa del seguro social. Una persona desempleada o pensionada tiene dos veces más probabilidades de presentar depresión en comparación con la empleada. Este fenómeno puede tener varias explicaciones: la ansiedad concomitante por conseguir un empleo, sentimiento de culpa por la carga económica que esto significa al no ser productivo y la rutina diaria a la que se ve sometido el individuo que no genera distracción mental. En el pensionado (pacientes mayores de 65 años) se añade al trasfondo económico, también el político donde se le brida al ser humano la oportunidad de continuar contribuyendo al desarrollo de un sistema social de verdadera justicia y equidad y no constituir una carga social de manera permanente y obligada, por el solo hecho de tener esta edad. La falta de reconocimiento social se traduce por una tendencia al aislamiento.

El tener hábitos tóxicos representa 4.7 veces más riesgo de desarrollar depresión. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer, lo que muchas veces dificulta el diagnóstico, a su vez, estas sustancias provocan alteración del SNC, al influir en la secreción de neurotransmisores que alteran los estados anímicos.

El obtener pobre ingreso familiar (englobado éste como insuficiente o ajustado) representa 1.8 veces más probabilidad de conllevar a depresión, comparado con las personas que obtienen un ingreso familiar suficiente. Esto asociado al estrés que genera, las deudas resultantes, la necesidad de cubrir los gastos económicos sin lograrlo que también genera estados de ansiedad concomitante.

Indudablemente que las relaciones familiares juegan un papel importante en el desarrollo de depresión, así una persona al pertenecer a una familia disfuncional o dispersa tiene 11.8 veces más probabilidades de deprimirse en comparación a la que pertenece a una familia integrada. Los problemas que genera la falta de unidad y funcionalidad de la familia son condiciones determinantes de la salud mental de los individuos.

Una persona con antecedente familiar de depresión tiene 9 veces más riesgo de deprimirse en comparación con una que no tenga antecedente. Lo mismo sucede con los pacientes que tienen antecedente familiar de otra enfermedad psiquiátrica quienes tienen el doble de probabilidades de padecer depresión en comparación con los que no tienen el antecedente. Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta²⁴. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general²⁵, proporción también importante en los de segundo grado²⁶. Un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor²⁸

La presencia de rasgos neuróticos de personalidad representa 18 veces más riesgo de depresión en comparación a no poseer dicho factor. La literatura menciona que los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor^{29, 30} y probablemente, este rasgo de personalidad infiere mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida²⁵. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor^{28, 29} y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor³².

La exposición a estrés es otro factor estrechamente relacionado al desarrollo de depresión, así se encontró que el riesgo se incrementa 6 veces más en las personas sometidas a estrés comparado con las no expuestas. Es conocido que la exposición a estrés crónico, que genera la presencia de adversidades es un elemento que contribuye a desestabilizar el equilibrio mental.

Una persona con factores familiares tiene 13.5 veces más probabilidades de desarrollar depresión, tal como lo encontrado en el estudio realizado por el Dr. Valdés en el Hospital Militar, este tipo de conflictos son los más atribuidos por el paciente como desencadenantes de tal estado.⁹ Así también altamente relacionados están los factores personales con una probabilidad de desarrollar depresión de 10.5 veces más la persona expuesta de la no expuesta y también cabe destacar que los factores psicológicos determinan 5.4 veces más riesgo en relación a los que no los tienen.

Se acepta la hipótesis planteada al inicio del estudio, los factores familiares son los más estrechamente relacionados y se niega la hipótesis nula.

La presencia de comorbilidades en un paciente denota 6 veces más probabilidades de desarrollar depresión en comparación con un paciente que no tiene las mismas. La depresión asociada a enfermedades médicas, puede reflejar el estrés psicológico al enfrentar una determinada enfermedad, ser la respuesta a la enfermedad médica misma o al efecto secundario a los medicamentos utilizados, o puede simplemente coexistir con la enfermedad médica.

Ya es conocida la asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentan mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor³⁴. Esto está relacionado a la alteración en la secreción de algunos neurotransmisores como serotonina que está descrita en ambas patologías, por lo que es muy común encontrar concomitancia, lo que fue demostrado en los pacientes en este estudio.

Se encontró que la toma de múltiples fármacos, como tratamiento para las comorbilidades en un paciente representa un factor de riesgo (hasta 5 veces más) para depresión. Puede ser porque la dependencia de los mismos para mantener la compensación requerida para mejorar la calidad de vida, genera en el paciente estados de ansiedad o frustración que coexisten con la depresión. Además, ciertos

medicamentos por si mismos pueden causar depresión, especialmente, los corticoesteroides, el interferón, la l-dopa, el propranolol y los anticonceptivos orales ¹⁷.

X.CONCLUSIONES

1. La mayoría de los pacientes en estudio tienen edad entre 30 y 60 años, sexo masculino, procedentes de Managua, con pareja estable (casados o unión libre), historia de una pareja únicamente, con hijos (número entre 1 y 6), católicos, tienen educación superior, con alguna profesión, ocupación en su ramo, condición laboral empleados, con algún hábito tóxico, con pobre ingreso familiar y pertenecen a una familia integrada.
2. La condición de ser mujer (OR 4.85), ama de casa (OR 3.93), desempleado (a) o pensionado (a) (OR 2.43), el poseer algún hábito tóxico (OR 4.78), tener ingreso familiar ajustado o insuficiente (OR 1.86) y pertenecer a una familia dispersa o disfuncional(OR11.3) demostró un incremento del riesgo de depresión, estos datos difícilmente se explican por el azar.
3. La historia familiar de depresión (OR 9.43), así como poseer rasgos neuróticos de personalidad (OR 18.50) y exposición al estrés (OR 6.35) en los pacientes representó más probabilidades de depresión, con una p estadísticamente significativa.
4. Los factores familiares representaron el mayor riesgo de depresión (OR13.57) seguido de los factores personales (OR 10.52) y los psicológicos (OR 5.46), estos datos se explican difícilmente por el azar.
5. La coexistencia de comorbilidades (OR 6.18) demostró mayor riesgo de depresión. La presencia de migraña particularmente (OR 6.63) y el diagnóstico de síndrome de intestino irritable o dispepsia funcional (OR 4.24) se encontraron estrechamente relacionadas. La polimedicación (OR 5.14) es un factor fuertemente asociado al desarrollo de tal condición. Todos estos resultados alcanzaron significancia estadística.

XI.RECOMENDACIONES

1. Incluir dentro del programa del INSS (Instituto Nicaragüense de Seguridad Social) la atención psicológica preventiva a los pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de depresión.
2. Difundir información al personal médico y paramédico sobre estos factores de riesgo para intentar reducirlos (por ejemplo, evitando la polimedicación en los casos que sea posible, siempre que se conserve la ética médica) haciendo énfasis en la importancia de esta patología como elemento importante de discapacidad, que genera gran impacto en salud pública(al incrementar el gasto en salud).
3. Crear campañas de educación a los pacientes y familiares, que incluya charlas educativas sobre todo a los pacientes con patologías crónicas (dispenzarizados).
4. Implementar campañas informativas dirigidas intersectorialmente (MINED, MITRAB, MINSAL, INSS, Organizaciones religiosas) considerando la etiología multifactorial de la depresión, con el objetivo de incidir en los factores de riesgo en todos los niveles.

XII. Bibliografía

1. Depression. Internet Geneva: World Health Organization. 2007 citado 1 octubre 2007; Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9064):1498-504.
3. Geddes J, Butler R, Hatcher S, Cipriani A, Price J, Carney S, et al. Depression in adults. *Clin Evid* 2006(15):1366-406.
4. Ingram RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *J Abnorm Psychol.* 2000 Nov; 109(4):588-96.
5. A. L. Morera Fumero y J. L. González de Rivera. *Psiquis*, 1983; 4: 253-260. Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna. Tenerife.
6. Cerda Díaz, R; López-Torres Hidalgo, J; Fernández Olano, C; López Verdejo, MA; Otero Puime, A Published in *Aten Primaria*. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. 1997;19: 12-7. - vol.19 núm1.
7. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *RevPanam Salud Pública.* 2004;16(6):378–86.
8. Lídice Díaz, Vladimir Torres, Eugenio Urrutia, Reynol Moreno, Ileana Font Darías y María Cardona. Factores psicosociales de la depresión. *Rev. Cubana Med Milit* 2006;35(3).
9. Valdés A. J Bismarck, “Utilidad clínica del potencial evocado cognitivo Onda P300 en pacientes con trastorno depresivo mayor” Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. (Julio-Diciembre 2004).
10. Barquero P. Noel “Asociación entre trastorno ansio depresivo y diagnóstico de dispepsia funcional” Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. (Febrero - Diciembre 2006).
11. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the firstpan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(1):19-29.
12. Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C. Depresión. Guías clínicas. *Fisterra*.2003.citado 1 octubre 2007. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/depression.asp>
13. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Jr., Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic
14. Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(11):977-86.Serby M, Yu M. Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med* 2003;70(1):38-44.
15. Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *Eur Psychiatry*1997; 12:224-31.
16. Ferrando L F-AL, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, Gubert J. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV. Instituto IAP, Madrid, 1998.
17. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline number 23; 2004 December 2004.

18. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991;52 Suppl:28-34.
19. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
20. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson; 2003.
21. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry* 2006; 163(1):115-24.
22. Hamalainen J, Kaprio J, Isometsa E, Heikkinen M, Poikolainen K, Lindeman S, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(8):573-6.
23. Turner RJ, Lloyd DA. Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: racial and ethnic contrasts. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61(5):481-8.
24. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006; 163(6):1001-8.
25. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000; 157(10):1552-62.
26. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Verdelli H, Pilowsky DJ, et al. Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(1):29-36.
27. Lieb R IB, Hofler M, Pfister H, Wittchen H. Parenteral major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:365-74.
28. Cervilla JA, Rivera M, Molina E, Torres-Gonzalez F, Bellon JA, Moreno B, et al. The 5-HTTLPR s/s genotype at the serotonin transporter gene (SLC6A4) increases the risk for depression in a large cohort of primary care attendees: the PREDICT-gene study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatry Genet* 2006;141(8):912-7.
29. Eccleston D, Scott J. Treatment, prediction of relapse and prognosis of chronic primary major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1991;6 Suppl 2:3-10.
30. Wilhelm K, Parker G, Dewhurst-Savellis J, Asghari A. Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *J Affect Disord* 1999;54 (12) : 139-47.
31. Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(10):1113-20.
32. Fogel J, Eaton WW, Ford DE. Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(1):36-43.
33. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Panic attacks and the risk of depression among young adults in the community. *Psychother Psychosom* 2004; 73(3):158-65.
34. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003; 60(8):1308-12.
35. King M, Weich S, Torres F, Svab I, Maarros H, Neeleman J, et al. Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. In: *BMC Public Health*; 2006. p. 6(1):6.

36. Druss BG, Hoff RA, Rosenheck RA. Underuse of antidepressants in major depression: prevalence and correlates in a national sample of young adults. *J Clin Psychiatry* 2000;61(3):234-7; quiz 238-9.
37. Lecrubier Y. Is depression under-recognised and undertreated? *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13 Suppl 5:S3-6.
38. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007; 57(535):144-51.
39. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 136(10):765-76.
40. MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, Feightner JW, Bessette P, Elford RW, et al. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2005; 172(1):33-5.
41. Gilbody SM, House A, Sheldon TA. Instrumentos de cribaje (screening) y detección de casos para la depresión. En: Oxford: Update Software Ltd; 2007.
42. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ* 2001; 322(7283):406-9.
43. Nieto Rodríguez E, Vieta Pascual E. La conducta suicida en los trastornos afectivos. En: Ros Montalban S, editor. *La conducta suicida*. Madrid: Arán; 1998. p. 99-121.
44. Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord*. 2001; Jan;62(1-2):123-9.
45. Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Hogan ME. Childhood maltreatment and college students' current suicidal ideation: a test of the hopelessness theory. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31(4):405-15.
46. Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 186:314-8.
47. Oquendo MA, Bongiovi- Garcia ME, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (1):134-41.

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años	Expediente clínico y entrevista realizada	18-30 años 31-40 años 41-60 años >61 años	Cuantitativa discreta
Sexo	Característica determinada por el genotipo y fenotipo	----	Expediente clínico y entrevista realizada	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Procedencia	Lugar de procedencia del paciente.	----	Expediente clínico y entrevista realizada	Managua Masaya León Granada Matagalpa Estelí Rivas Otro	Cualitativa nominal
Estado civil	Condición conyugal del paciente	Estipulado por el registro civil	Expediente clínico y entrevista realizada	Casado Soltero Unión libre Viudo	Cualitativa nominal
Número de parejas	Número parejas con las que ha convivido	----	Expediente clínico y entrevista realizada	0 1 2 3 ó más	Cuantitativa discreta
Número de hijos	Número de descendientes del paciente	----	Expediente clínico y entrevista realizada	Ninguno 1-3 4-6 7 ó más	Cuantitativa discreta
Religión	Agrupación religiosa a la que pertenece el paciente en el momento del estudio.	----	Expediente clínico y entrevista realizada	Católica Evangélica Ninguna Otra	Cualitativa nominal
Escolaridad	Nivel académico alcanzado el paciente al momento del estudio	Desde analfabeta hasta profesional	Expediente clínico y entrevista realizada	Primaria Secundaria Técnico Superior Ninguno	Cualitativa ordinal

Profesión	Nivel de especialización profesional alcanzado.	Diferentes profesiones	Expediente clínico y entrevista realizada	Abogado Ingeniero Médico Enfermero Contador Administrador de empresa Periodista Ninguno Otro	Cualitativa nominal
Ocupación	Actividad que realiza el paciente con el fin de remuneración económica	Diferentes ocupaciones	Expediente clínico y entrevista realizada	Obrero Empleada doméstica Guarda de seguridad Mecánico En su ramo Otro Ama de casa	Cualitativa nominal
Condición laboral	Estado laboral del paciente	----	Expediente clínico y entrevista realizada	Empleado Desempleado	Cualitativa nominal
Hábitos tóxicos	Historia de consumo regular de algún tipo de droga.	----	Expediente clínico y entrevista realizada	Café Licor Tabaco Drogas ilícitas Ninguna Combinación	Cualitativa nominal
Ingreso familiar	Cantidad de dinero mensual obtenido por los miembros de la familia	Según canasta básica.	Expediente clínico y entrevista realizada	Insuficiente Ajustado Suficiente	Cualitativa nominal
Relaciones familiares	Grado de entendimiento y comprensión entre los miembros de la familia, que conlleve a el desarrollo adecuado del rol familiar.		Expediente clínico y entrevista realizada	Familia disfuncional Familia Dispersa Familia integrada	Cualitativa nominal
Antecedentes	Existencia de	----	Expediente	Sí	Cualitativa

familiares de depresión	depresión en algún miembro de la familia de primer o segundo grado de consanguineidad		clínico y entrevista realizada	No	nominal
Antecedentes familiares de otra enfermedad psiquiátrica	Existencia enfermedad psiquiátrica en algún miembro de la familia de primer o segundo grado de consanguineidad	----	Expediente clínico y entrevista realizada	Sí No	Cualitativa nominal
Rasgos neuróticos de personalidad	Personalidad con tendencia al desarrollo de trastornos psiquiátricos	----	Expediente clínico y entrevista realizada	Trastorno de ansiedad Distimia Trastorno bipolar Trastorno obsesivo-compulsivo Otro Ninguna	Cualitativa nominal
Exposición a estrés	Condición identificada por el paciente como estresante	-----	Expediente clínico y entrevista realizada	Si No	Cualitativa nominal
Factores desencadenantes de depresión	Situación que puede originar estado depresivo, según percepción del paciente	----	Expediente clínico y entrevista realizada	Personales Familiares Psicológicos Ninguno	Cualitativa nominal
Comorbilidades	Existencia de enfermedades asociadas	----	Expediente clínico y entrevista realizada	Presentes Ausentes	Cualitativa nominal
Tratamiento para comorbilidades	Fármacos utilizados para tratar enfermedad de	—	Expediente clínico y entrevista realizada	Ninguno 1-3 fármacos 4-6 fármaco >de 7	Cuantitativa discreta

	base			fármacos	
Polimedición	Ingesta de 4 ó más fármacos diario	—	Expediente clínico y entrevista realizada	Si No	Cualitativa nominal
Depresión	Síndrome en el que predominan los síntomas afectivos, cognitivo, volitivo o incluso somático, con afectación global de la vida psíquica, especialmente en la esfera afectiva.	-----	Expediente clínico y entrevista realizada	Si No	Cualitativa nominal

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

INSTRUMENTO

Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

Número de Expediente: _____

1. ¿Qué edad tiene usted? 18-30 años ___ 31-40 años___ 41-50 años__ 51-60 años___ >60 años _____
2. Sexo: Masculino_____ Femenino_____
3. ¿Cuál es su procedencia? Managua _____ Masaya _____ León _____ Granada _____
Matagalpa_____ Estelí_____ Otro_____
4. ¿Cuál es su estado civil? Casado _____ Soltero_____ Unión libre _____
Viudo_____
5. ¿Cuántos compañeros(as) ha tenido? 0___ 1___ 2___ 3 ó más_____
6. ¿Cuántos hijos tiene usted? Ninguno_____ 1-3_____ 4-6_____ 7 ó más_____
7. ¿Qué religión profesa? Católica_____ Evangélica_____ Ninguna_____
Otra_____
8. ¿Cuál es su escolaridad? Primaria_____ Secundaria_____ Técnico _____
Superior_____ Ninguno_____
9. ¿Cuál es su profesión? Abogado_____ Ingeniero_____ Médico _____
Enfermero_____ Contador_____ Administrador de empresa_____ Otro_____
Ninguna_____
10. ¿Cuál es su ocupación? En su ramo_____ Obrero _____ Empleada doméstica _____
Guarda de seguridad _____ Mecánico _____ Otro_____
11. ¿Actualmente cuál es su condición laboral? Empleado _____
Desempleado_____
12. ¿Cuáles son sus hábitos tóxicos? Café _____ Licor _____ Tabaco _____ Otras drogas _____
Ninguna _____
13. ¿Cómo clasificaría su Ingreso familiar? Insuficiente (no cubre la canasta básica) _____
Ajustado (cubre únicamente la canasta básica)_____ Suficiente (cubre más del costo de canasta básica)_____
14. ¿Cómo cataloga sus relaciones familiares? Familia disfuncional _____ Familia Dispersa _____ Familia integrada_____

15. ¿Usted tiene antecedentes familiares de primer o segundo grado de depresión?
Sí _____ No _____
16. ¿Antecedentes familiares de primer o segundo grado de otras enfermedades psiquiátricas? Si _____ No _____
17. Si la respuesta es Presente ¿Cuáles? _____
18. ¿Usted tiene algunos de estos rasgos de personalidad?
Trastornos de ansiedad _____ distimia _____ Otro _____
19. ¿Usted está bajo exposición a estrés? Si _____ No _____
20. ¿Cuáles son los factores que usted considera contribuyen a la depresión (según percepción del entrevistado): a nivel Personal?
Desempleo _____ ingresos bajos _____ deudas _____ infertilidad _____
Adicción a drogas o juegos _____ otro, ¿cuál? _____
21. ¿Cuáles son los factores que usted considera contribuyen a la depresión (según percepción del entrevistado): a nivel familiar? conflicto conyugal _____ conflicto con hijos/padres _____ desempleo en familiar _____ adicción a drogas en familiares _____ otro, ¿cuál? _____
22. ¿Cuáles son los factores que usted considera contribuyen a la depresión (según percepción del entrevistado): a nivel psicológico? duelo _____ estrés _____ falta de afecto _____ sentirse solo _____
23. ¿Usted presenta alguna Comorbilidad? Si _____ No _____ ¿cuál? _____
24. Si la respuesta a Comorbilidades es Presente
¿Cuáles? _____
25. ¿Cuántos fármacos toma a diario como tratamiento para su enfermedad de base? Ninguno _____ 1-3 _____ 4-6 _____ 7 ó más _____
26. ¿Polimedicación? (4 ó más fármacos) Si _____ No _____
27. ¿Tiene diagnóstico de depresión? Si _____ No _____.

TABLA NO. 1
 DEPRESIÓN Y GRUPOS DE EDAD, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

EDAD	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
18-30AÑOS	30	18.8	16	20.1	46	19.2
31-40AÑOS	50	31.3	22	27.5	72	30
41-60AÑOS	56	35	27	33.8	83	34.6
61 O MAS	24	15	15	18.8	39	16.3
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 2
 DEPRESIÓN Y SEXO, HEMEDAD DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL
 AÑO 2011

SEXO	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
FEMENINO	52	32.5	56	70	108	45
MASCULINO	108	67.5	24	30	132	55
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 2.1
 DEPRESIÓN Y SEXO, HEMEDAD DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL
 AÑO 2011

SEXO FEMENINO	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	56	52	108
No	24	108	132
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 4.85(2.61-9.06)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 3
 DEPRESIÓN Y PROCEDENCIA, HMEADDB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

PROCEDENCIA	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ESTELI	1	0.6	3	3.8	4	1.7
GRANADA	7	4.4	3	3.8	10	4.2
LEON	10	6.3	9	11.3	19	7.9
MANAGUA	110	68.8	46	57.5	156	65
MASAYA	18	11.3	8	10	26	10.8
MATAGALPA	3	1.9	5	6.3	8	3.3
OTRO	5	3.1	1	1.3	6	2.5
RIVAS	6	3.8	5	6.3	11	4.6
Total	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 4
DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

ESTADO CIVIL	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CASADO	90	56.3	29	36.3	119	49.6
SOLTERO	42	26.3	26	32.5	68	28.3
UNIÓN LIBRE	23	14.4	20	25	43	17.9
VIUDO	5	3.1	5	6.3	10	4.2
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 5
DEPRESIÓN Y NÚMERO DE COMPAÑEROS, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

NO. DE COMPAÑEROS	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1	107	66.9	43	53.8	150	62.5
2	26	16.3	14	17.5	40	16.7
3 Ó MÁS	4	2.5	12	15	16	6.7
NINGUNO	23	14.4	11	13.8	34	14.2
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 6
DEPRESIÓN Y NÚMERO DE HIJOS, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

NO. DE HIJOS	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1-3 HIJOS	83	51.9	33	41.3	116	48.3
4-6 HIJOS	41	25.6	23	28.8	64	26.7
7 Ó MÁS	3	1.9	6	7.5	9	3.8
NINGUNO	33	20.6	18	22.5	51	21.3
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 7
DEPRESIÓN Y RELIGIÓN, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

RELIGIÓN	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CATÓLICA	126	78.8	55	68.8	181	75.4
EVANGÉLICA	26	16.3	17	21.3	43	17.9
NINGUNA	7	4.4	6	7.5	13	5.4
OTRA	1	0.6	2	2.5	3	1.3
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 8
DEPRESIÓN Y ESCOLARIDAD, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

ESCOLARIDAD	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NINGUNA	0	0	3	3.8	3	1.3
PRIMARIA	5	3.1	13	16.3	18	7.5
SECUNDARIA	40	25	16	20	56	23.3
SUPERIOR	99	61.9	42	52.5	141	58.8
TÉCNICO	16	10	6	7.5	22	9.2
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 9
DEPRESIÓN Y PROFESIÓN, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

PROFESIÓN	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ABOGADO	9	5.6	3	3.8	12	5
ADM. DE EMPRESAS	7	4.4	5	6.3	12	5
CONTADOR	12	7.5	6	7.5	18	7.5
DOCENTE	7	4.4	5	6.3	12	12
ENFERMERO	9	5.6	4	5	13	5.4
INGENIERO	10	6.3	5	6.3	15	6.3
MÉDICO	11	6.9	6	7.5	17	7.1
NINGUNA	51	31.9	37	46.3	88	36.7
OTRO	34	21.3	4	5	38	15.8
PERIODISTA	4	2.5	2	2.5	6	2.5
SECRETARIA	6	3.8	3	3.8	9	3.8
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 10
DEPRESIÓN Y OCUPACIÓN, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

OCUPACIÓN	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
AMA DE CASA	11	6.9	18	22.5	29	12.1
EMP. DOMÉSTICA	4	2.5	4	5	8	3.3
EN SU RAMO	84	52.5	28	35	112	46.7
G. DE SEGURIDAD	3	1.9	3	3.8	6	2.5
MECÁNICO	8	5	2	2.5	10	4.2
OBRERO	6	3.8	10	12.5	16	6.7
OTRO	44	27.5	15	18.8	59	24.6
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 10.1
DEPRESIÓN Y OCUPACIÓN AMA DE CASA, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

AMA DE CASA	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	18	11	29
No	62	149	211
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 3.93(1.65-9.51)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 11
 DEPRESIÓN Y CONDICIÓN LABORAL, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

CONDICIÓN LABORAL	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DESEMPLEADO	24	15	22	27.5	46	19.2
EMPLEADO	127	79.4	49	61.3	176	73.3
PENSIONADO	9	5.6	9	11.3	18	7.5
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 11.1
 DEPRESIÓN Y CONDICIÓN LABORAL, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

CONDICION LABORAL DESEMPLEADO/PENSIONADO	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	31	33	64
No	49	127	176
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 2.43(1.29-4.59)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 12
 DEPRESIÓN Y HÁBITOS TÓXICOS, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

HÁBITOS TÓXICOS	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CAFÉ	24	15	17	21.3	41	17.1
LICOR Y TABACO	11	6.9	29	36.3	40	16.7
DROGAS ILÍCITAS	0	0	6	7.5	6	2.5
LICOR	27	16.9	8	10	35	14.6
NINGUNA	93	58.1	18	22.5	111	46.3
TABACO	5	3.1	2	2.5	7	2.9
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 12.1
 DEPRESIÓN Y HÁBITOS TÓXICOS, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

HÁBITOS TÓXICOS	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	62	67	129
No	18	93	111
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 4.78(2.49-9.25)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 13
 DEPRESIÓN E INGRESO FAMILIAR, HEMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

INGRESO FAMILIAR	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
AJUSTADO	53	33.1	23	28.8	76	31.7
INSUFICIENTE	36	22.5	33	41.3	69	28.8
SUFICIENTE	71	44.4	24	30	95	39.6
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 13.1
 DEPRESIÓN E INGRESO FAMILIAR, HEMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

INGRESO FAMILIAR AJUSTADO/INSUFICIENTE	Depresión		
	Si	No	Total
Si	56	89	145
No	24	71	95
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 1.86(1.01-3.43)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 14
DEPRESIÓN Y RELACIONES FAMILIARES, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

RELACIONES FAMILIARES	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
FAM. DISPERSA	20	12.5	33	41.3	53	22.1
FAM. DISFUNCIONAL	6	3.8	22	27.5	28	11.7
FAM. INTEGRADA	134	83.8	25	31.3	159	66.3
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 14.1
DEPRESIÓN Y RELACIONES FAMILIARES, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

FAMILIA DISPERSA/DISFUNCIONAL	Depresión		
	Si	No	Total
Si	55	26	81
No	25	134	159
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 11.34(5.76-22.52)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 15
 DEPRESIÓN Y ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN, HMEDADB DEL 01
 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

ANTECEDENTE FAMILIAR DEPRESION	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NO	139	86.9	33	41.3	172	71.7
SI	21	13.1	47	58.8	68	28.3
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 15.1
 DEPRESIÓN Y ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN, HMEDADB DEL 01
 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN	Depresión		
	Si	No	Total
Si	47	21	68
No	33	139	172
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 9.43(4.75-18.66)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 16
 DEPRESIÓN Y ANTECEDENTE FAMILIAR DE OTRAS ENFERMEDADES
 PSIQUIÁTRICAS, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO
 2011

ANTECEDENTE FAMILIAR DE OTRAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NO	156	97.5	76	95	232	96.7
SI	4	2.5	4	5	8	3.3
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 16.1
 DEPRESIÓN Y ANTECEDENTE FAMILIAR DE OTRAS ENFERMEDADES
 PSIQUIÁTRICAS, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO
 2011

ANTECEDENTE FAMILIAR DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA	Depresión		
	Si	No	Total
Si	4	4	8
No	76	156	232
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 2.05(042-10.08)

IC 95%

P>0.05

TABLA NO. 17
 DEPRESIÓN Y RASGOS NEURÓTICOS DE PERSONALIDAD, HMEDADB DEL 01
 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

RASGOS NEURÓTICOS DE PERSONALIDAD	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NO	148	92.5	32	40	180	75
SI	12	7.5	48	60	60	25
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 17.1
 DEPRESIÓN Y RASGOS NEURÓTICOS DE PERSONALIDAD, HMEDADB DEL 01
 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

RASGOS NEURÓTICOS DE PERSONALIDAD	Depresión		
	Si	No	Total
Si	48	12	60
No	32	148	180
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 18.50(8.37-41.67)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 18
 DEPRESIÓN Y RASGOS NEURÓTICOS DE PERSONALIDAD, HMEADDB DEL 01
 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

RASGOS NEURÓTICOS DE PERSONALIDAD	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DISTIMIA	0	0	13	16.3	13	5.4
NINGUNO	149	93.1	33	41.3	182	75.8
OTRO	1	0.6	0	0	1	0.4
TRASTORNO DE ANSIEDAD	4	2.5	20	25	24	10
TRASTORNO BIPOLAR	1	0.6	11	13.8	12	5
T. OBSESIVO-COMPULSIVO	5	3.1	3	3.8	8	3.3
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 19
 DEPRESIÓN Y ESTRÉS, HEMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE
 DEL AÑO 2011

ESTRÉS	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NO	117	73.1	24	30	141	58.8
SI	43	26.9	56	70	99	41.3
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 19.1
 DEPRESIÓN Y ESTRÉS, HEMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE
 DEL AÑO 2011

ESTRÉS	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	56	43	99
No	24	117	141
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 6.35(3.37-12.02)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 20
 DEPRESIÓN Y FACTORES DESENCADENANTES DE DEPRESIÓN, HMEADDB
 DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

FACTORES DESENCADENANTES DE DEPRESIÓN	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
FAMILIARES	10	6.3	38	47.5	48	20
NINGUNO	136	85	0	0.	136	56.7
PERSONALES	7	4.4	26	32.5	33	13.8
PSICOLÓGICOS	7	4.4	16	20	23	9.6
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 21
DEPRESIÓN Y FACTORES FAMILIARES, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

FACTORES FAMILIARES	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	38	10	48
No	42	150	192
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 13.57(5.91-31.91)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 21.1
DEPRESIÓN Y FACTORES FAMILIARES, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

FACTORES FAMILIARES	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ADICCION EN FAM	1	0.6	4	5	5	2.1
CONFLICTO CONYUGAL	0	0	19	23.8	19	7.9
CONFLICTO CON HERMANOS	1	0.6	4	5	5	2.1
CONFLICTO CON HIJOS/PADRES	2	1.3	4	5	6	2.5
DESEMPLEO EN FAM	2	1.3	0	0	2	0.8
ENFERMEDAD EN FAM	3	1.9	4	5	7	2.9
NINGUNO	150	93.8	37	46.3	187	77.9
OTROS	1	0.6	1	1.3	2	0.8
SEPARACIÓN	0	0	7	8.8	7	2.9
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 22.
DEPRESIÓN Y FACTORES PERSONALES, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

FACTORES PERSONALES	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	26	7	33
No	54	153	207
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR10.52(4.05-28.42)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 22.1
DEPRESIÓN Y FACTORES PERSONALES, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

FACTORES PERSONALES	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ADICCIÓN	0	0	2	2.5	2	0.8
DESEMPLEO	1	0.6	4	5	5	2.1
DEUDAS	2	1.3	3	3.8	5	2.1
DIVORCIO	0	0	2	2.5	2	0.8
ENFERMEDAD	2	1.3	7	8.8	9	3.8
INFERTILIDAD	0	0	2	2.5	2	0.8
INGRESOS BAJOS	2	1.3	4	5	6	2.5
NINGUNO	153	95.6	54	67.5	207	86.3
PROB. LABORALES	0	0	2	2.5	2	0.8
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 23
DEPRESIÓN Y FACTORES PSICOLÓGICOS, HMEADDB DEL 01 DE JULIO AL 30
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

FACTORES PSICOLÓGICOS	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	16	7	23
No	64	153	217
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 5.46(1.99-15.48)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 23.1
DEPRESIÓN Y FACTORES PSICOLÓGICOS, HMEADDB DEL 01 DE JULIO AL 30
DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

FACTORES PSICOLÓGICOS	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ABUSO	1	0.6	3	3.8	4	1.7
DUELO	1	0.6	3	3.8	4	1.7
ESTRÉS	2	1.3	1	1.3	3	1.3
FALTA DE AFECTO	2	1.3	4	5	6	2.5
NINGUNO	153	95.6	61	76.3	214	89.2
SENTIRSE SOLO	1	0.6	8	10	9	3.8
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 24
 DEPRESIÓN Y COMORBILIDADES, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

COMORBILIDADES	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NO	100	62.5	17	21.3	117	48.8
SI	60	37.5	63	78.8	123	51.3
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 24.1
 DEPRESIÓN Y COMORBILIDADES, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

COMORBILIDADES	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	63	60	123
No	17	100	117
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 6.18(3.18-12.13)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 25
 DEPRESIÓN Y COMORBILIDADES, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

COMORBILIDADES	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ALCOHOLISMO	0	0	5	6.3	5	2.1
CÁNCER	0	0	1	1.3	1	0.4
CARDIOPATÍA	2	1.3	1	1.3	3	1.3
COMBINACIÓN	9	5.6	16	20	25	10.4
DIABETES	11	6.9	6	7.5	17	7.1
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	20	12.5	7	8.8	27	11.3
MIGRAÑA	3	1.9	9	11.3	12	5
NINGUNO	98	61.3	18	22.5	116	48.3
OSTEOARTROSIS	0	0	6	7.5	6	2.5
OTRO	8	5	3	3.8	11	4.6
SII/DISPEPSIA FUNCIONAL	3	1.9	6	7.5	9	3.8
TRASTORNO TIROIDEO	6	3.8	2	2.5	8	3.3
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 25.1
DEPRESIÓN Y MIGRAÑA, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE
DEL AÑO 2011

MIGRAÑA	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	9	3	12
No	71	157	228
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 6.63(1.58-31.96)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 25.2
DEPRESIÓN Y DISPEPSIA FUNCIONAL, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

SII/DISPEPSIA FUNCIONAL	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	6	3	9
No	74	157	231
Total	80	160	240

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR 4.24(0.91-22.10)

IC 95%

P<0.05

TABLA NO. 26
DEPRESIÓN Y NÚMERO DE FÁRMACOS EMPLEADOS PARA COMORBILIDADES,
HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

NO. DE FÁRMACOS EMPLEADOS PARA COMORBILIDADES	DEPRESION					
	NO		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
1-3 FÁRMACOS	42	26.3	31	38.8	73	30.4
4-6 FÁRMACOS	13	8.1	22	27.5	35	14.6
7 Ó MÁS	0	0	3	3.8	3	1.3
NINGUNO	105	65.6	24	30	129	53.8
TOTAL	160	100	80	100	240	100

FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

TABLA NO. 26.1
DEPRESIÓN Y POLIMEDICACIÓN, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011

POLIMEDICACIÓN	DEPRESIÓN		
	Si	No	Total
Si	25	13	38
No	55	147	202
Total	80	160	240

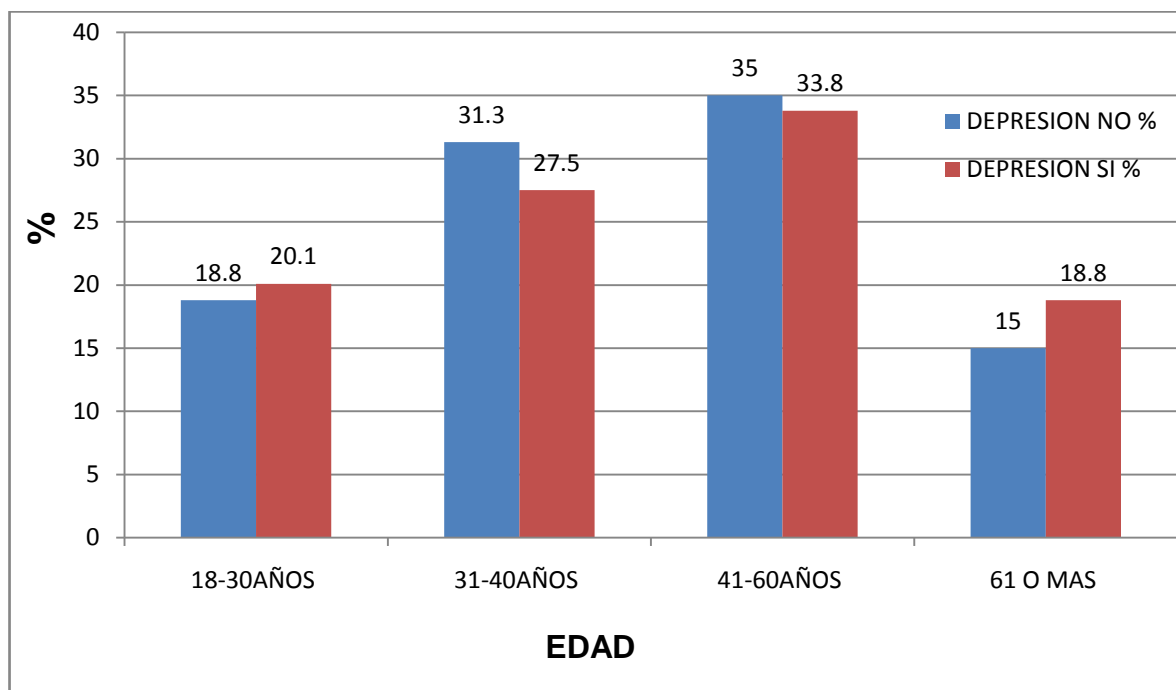
FUENTE: Entrevista realizada a los Casos y a los Controles en estudio

OR= 5.14(2.32-11.50)

IC 95%

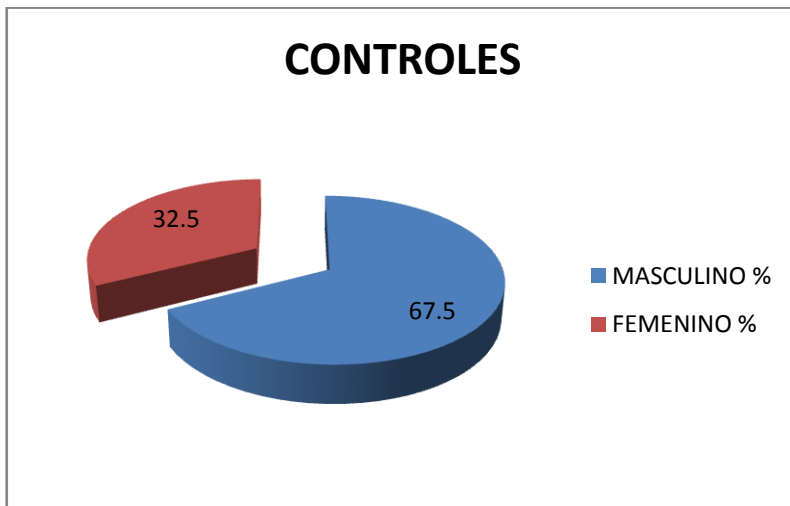
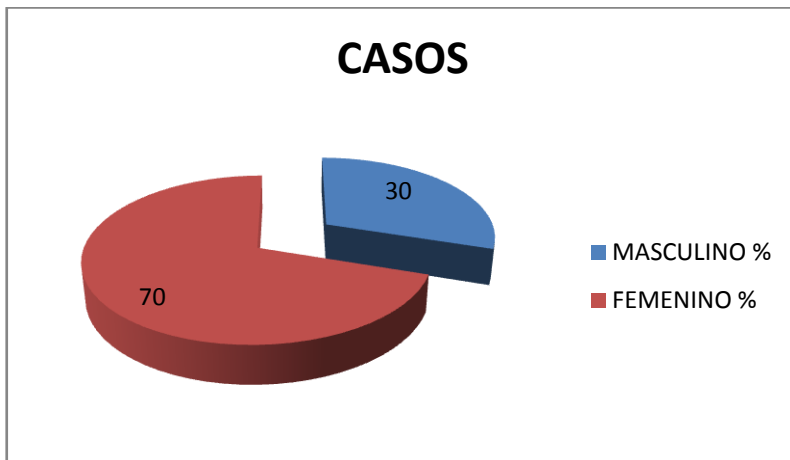
P<0.05

GRÁFICO NO. 1
DEPRESIÓN Y GRUPOS DE EDAD, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011



FUENTE: Tabla No 1

GRÁFICO NO. 2
DEPRESIÓN Y SEXO, HEMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL
AÑO 2011



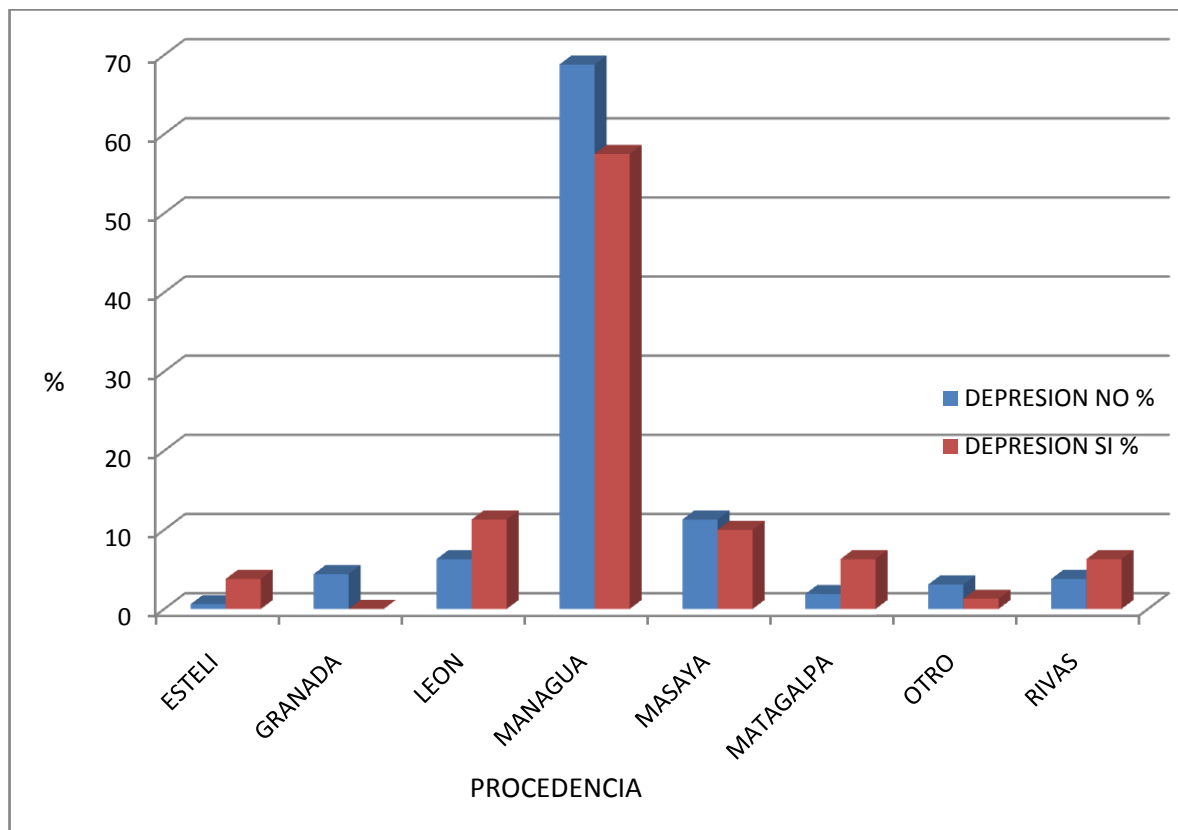
FUENTE: Tabla No 2

OR 4.85(2.61-9.06)

IC 95%

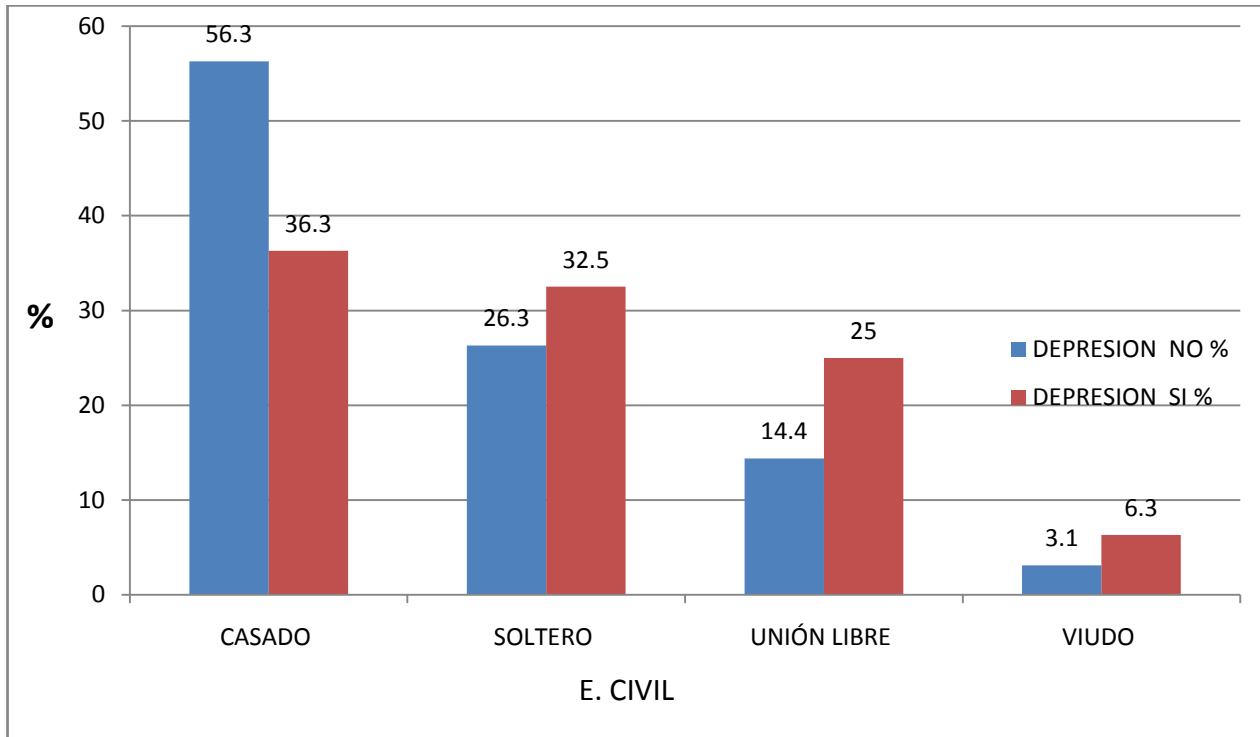
P<0.05

GRÁFICO NO. 3
 DEPRESIÓN Y GRUPOS DE EDAD, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011



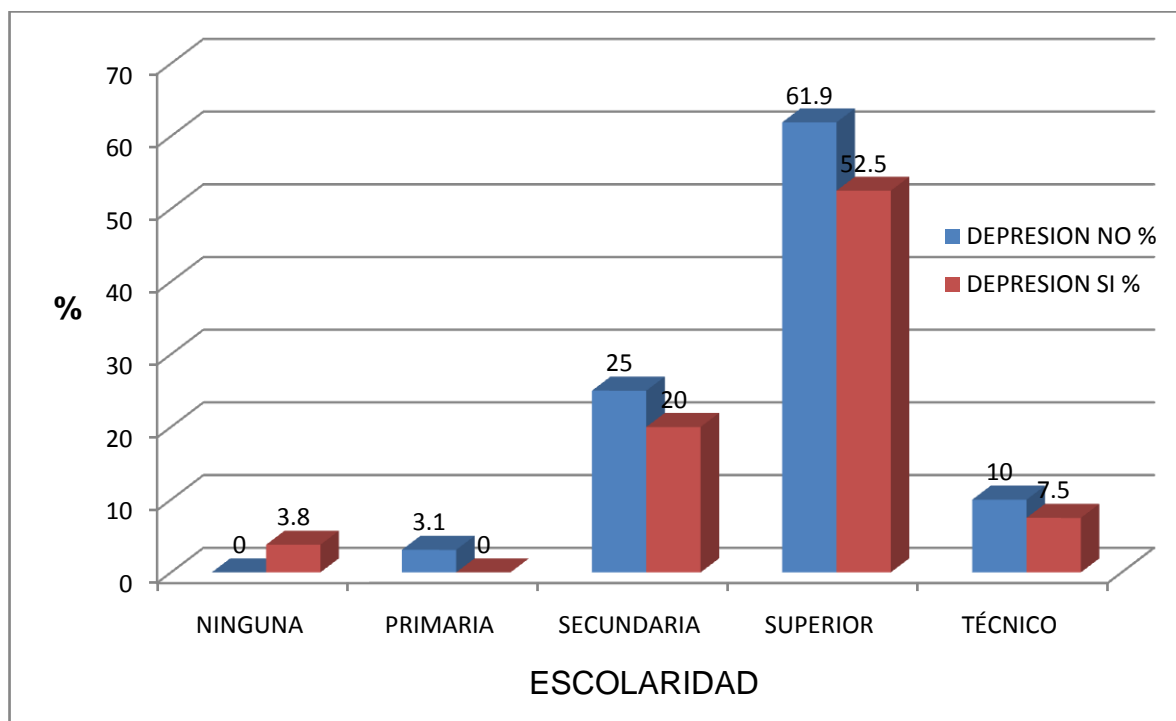
FUENTE: Tabla No 3

GRÁFICO NO. 4
DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011



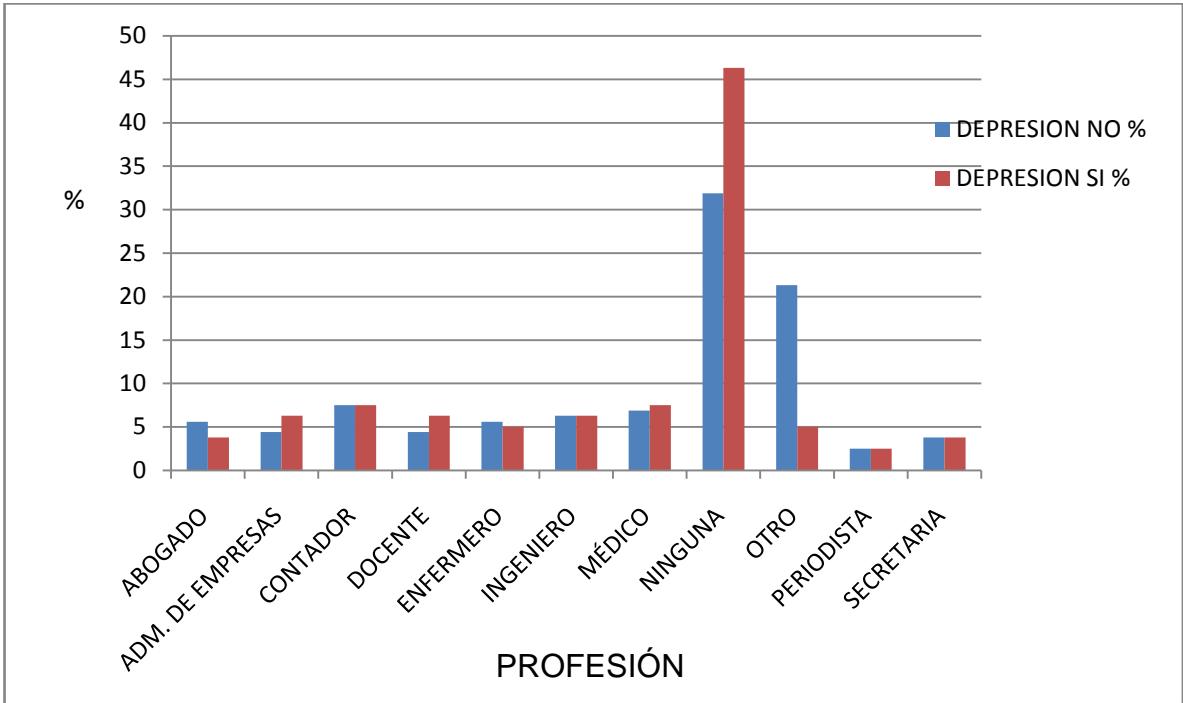
FUENTE: Tabla No 4

GRÁFICO NO. 5
 DEPRESIÓN Y ESCOLARIDAD, HMEADDB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011



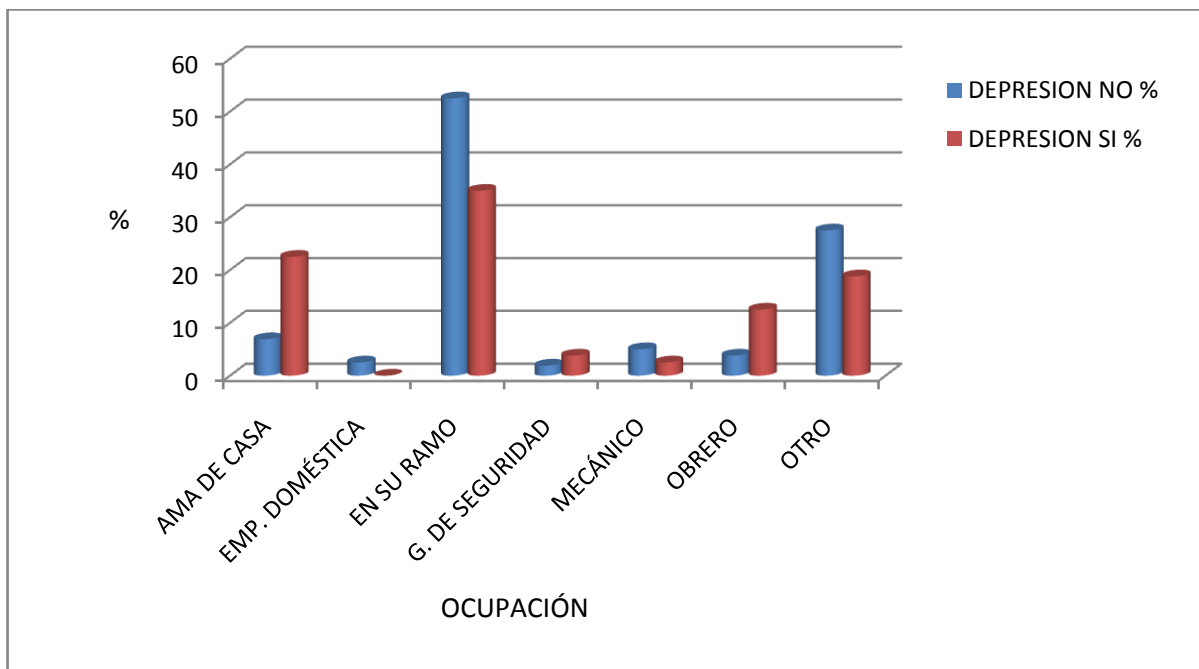
FUENTE: Tabla No 8

GRÁFICO NO. 6
 DEPRESIÓN Y PROFESIÓN, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011



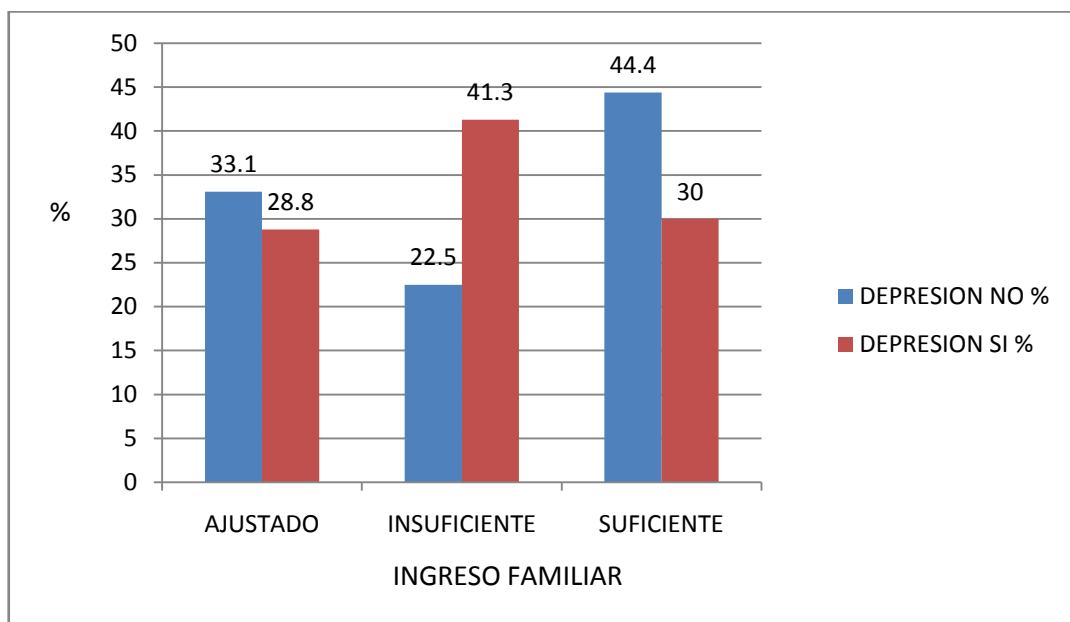
FUENTE: Tabla No 9

GRÁFICO NO. 7
 DEPRESIÓN Y OCUPACIÓN, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
 SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011



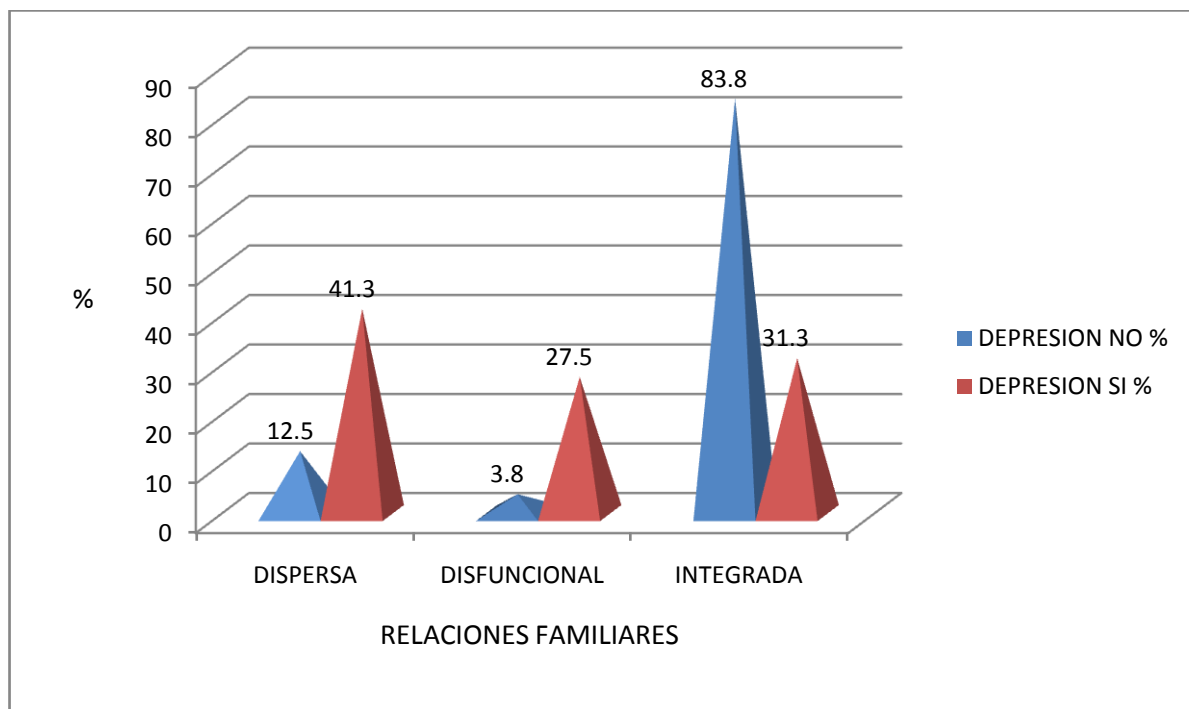
FUENTE: Tabla No 10

GRÁFICO NO. 8
DEPRESIÓN E INGRESO FAMILIAR, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011



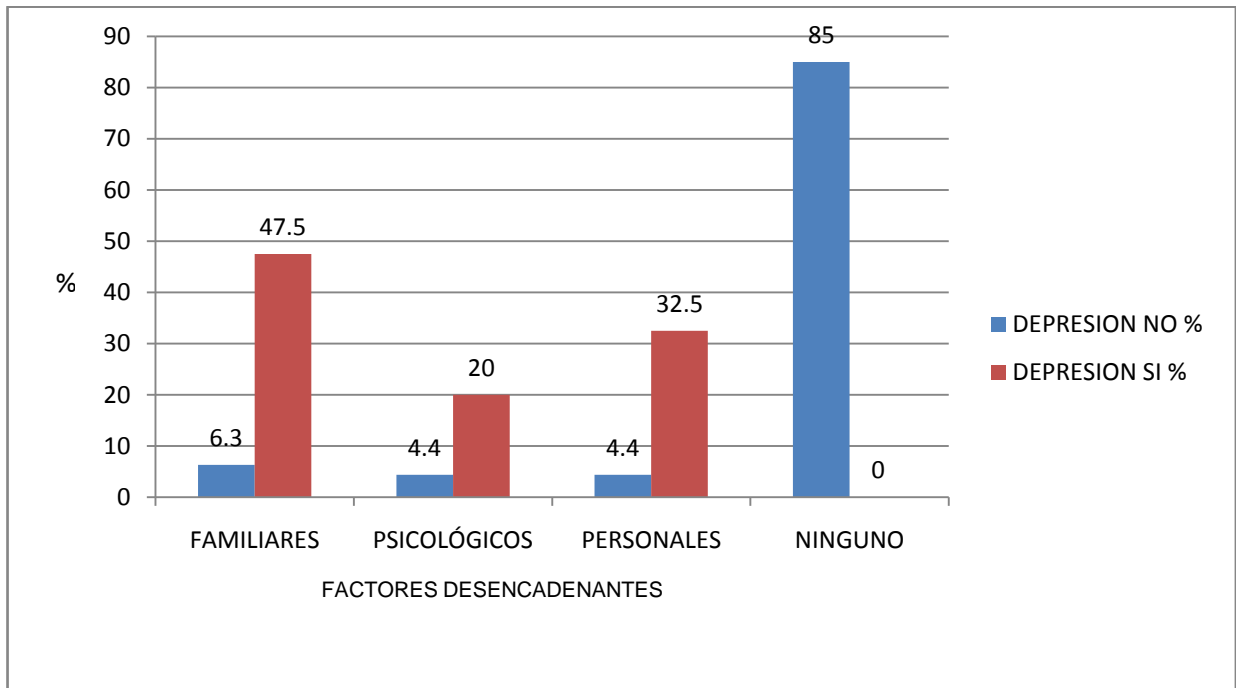
FUENTE: Tabla No 13

GRÁFICO NO. 9
 DEPRESIÓN Y RELACIONES FAMILIARES, HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30
 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011



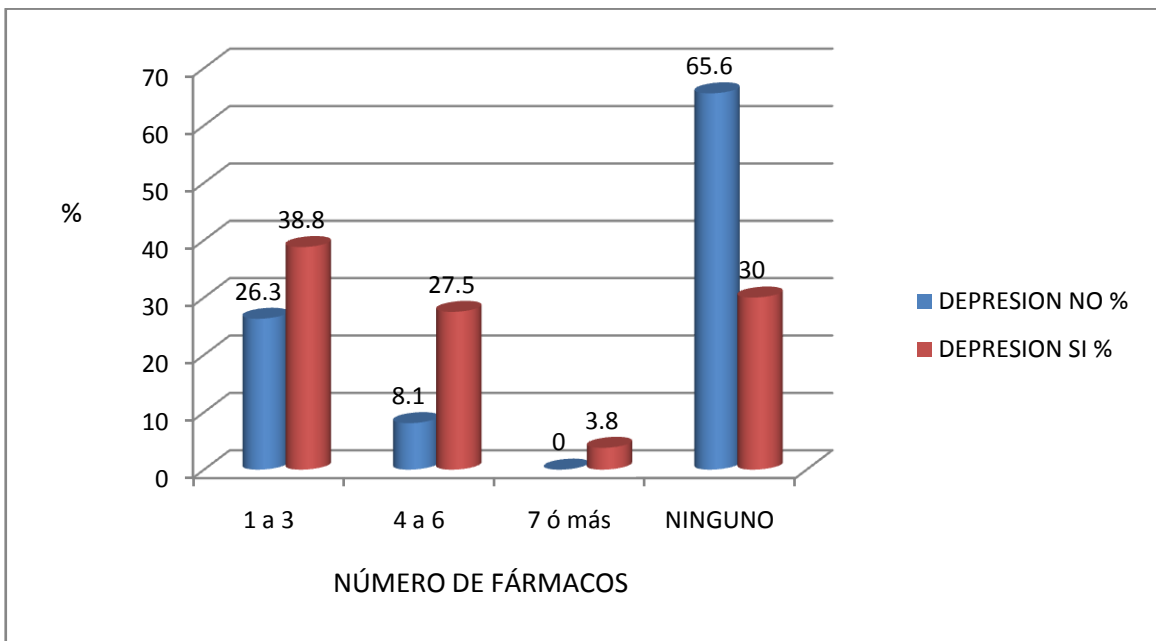
FUENTE: Tabla No 14

GRÁFICO NO. 10
DEPRESIÓN Y FACTORES DESENCADENANTES DE DEPRESIÓN, HMEDADB
DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011



FUENTE: Tabla No 20

GRÁFICO NO. 11
 DEPRESIÓN Y NÚMERO DE FÁRMACON EMPLEADOS PARA COMORBILIDADES,
 HMEDADB DEL 01 DE JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011



FUENTE: Tabla No 26