UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA

PREVALENCIA SINDROME DEPRESIVO CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL CENTRO DE SALUD "FRANCISCO MORAZAN" MAYO 2009

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL GRADO "MEDICO Y CIRUJANO"

AUTOR:

BR. ALAN XAVIER ARAUZ LANGRAND

TUTOR:

DR. ROBERTO AGUILAR

MEDICO PSIQUIATRA

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL "DR. JOSE DOLORES FLETES VALLE"

MANAGUA, NICARAGUA. DICIEMBRE 2009

AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO AL DR. ROBERTO AGUILAR POR SU TIEMPO, DEDICACION Y APOYO BRINDADO COMO TUTOR, MENTOR Y AMIGO, TODO LO ANTERIOR INDISPENSABLE PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO DE INVESTIGACION.

DOY LAS GRACIAS AL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD “FRANCISCO MORAZAN” POR SU COLABORACION NECESARIA EN ESPECIAL AL DR. HARVIN ESQUIVEL DIRECTOR MEDICO DEL CENTRO.

EXPRESO MI GRATITUD AL DR. RAMIRO SABORIO POR SU LABOR COMO GUIA METODOLOGICO PARA MUCHOS ESTUDIANTES Y MI PERSONA.

AGRADEZCO A LA DRA. TATIANA MOLINA POR SU COLABORACION INCONDICIONAL EN EL PROYECTO.

AGRADEZCO A MI ABUELA MELANIA LANGRAND POR SER EN MI VIDA UNA LUZ TIERNA Y CONSTANTE.

FINALMENTE A MIS PADRES Y HERMANOS POR SU APOYO EMOCIONAL.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la Prevalencia del Síndrome Depresivo en personas mayores de 18 años que acudieron a la Consulta Médica General del Centro de Salud "Francisco Morazán" en el mes de mayo de año 2009.

Métodos: Se aplicó una encuesta basada en los criterios diagnósticos de Depresión del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), a una muestra probabilística de 362 pacientes, que cumplían con los criterios de selección y extraída de un universo de 5655 personas que acuden mensualmente a la consulta externa.

Resultados: Se demostró que el 33% presentó sintomatología en grado suficiente para ser compatible con síndrome depresivo. Los adultos jóvenes (56%) fueron los más frecuentemente afectados, en particular, las mujeres (82%) y amas de casa (41%). Las variables: ingesta de fármacos o drogas de manera crónica, edad y escolaridad demostraron tener una asociación clínica y estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Los trastornos psicosomáticos fueron los motivos de consulta más frecuente. En la revisión de los expedientes clínicos, el diagnostico de depresión estuvo presente en un 1.2% de los pacientes.

Conclusiones: La frecuencia depresión en pacientes de atención primaria es elevada ,33.3% en nuestro estudio, y la misma está relacionada con la edad, escolaridad, ingesta medicamentosa, género y situación laboral de los pacientes. Es un hallazgo contundente el subdiagnóstico de la enfermedad de parte de los facultativos de la institución lo cual está acorde con la bibliografía nacional e internacional. .

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN 1

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 7

III.- OBJETIVOS 8

IIII.- MARCO TEORICO 9

4.1- Definición de Depresión 9
4.2- Epidemiología 9
4.3- Sintomatología y Trastornos Asociados 11
4.4- Diagnóstico y DSM IV 12
4.5- Trastornos del estado de ánimo en poblaciones especiales 14
4.6- Depresión Enmascarada 14
4.7- Depresión Crónica 15
4.8- Comorbilidad 16

V.- DISENO METODOLOGICO 19

VI.- RESULTADOS 31

VII.- DISCUSION 34

VIII.- CONCLUSIONES 41

IX.- RECOMENDACIONES 42

X.- BIBLIOGRAFIA 44

I.- INTRODUCCIÓN

El concepto de salud engloba tres componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes: estado físico, estado mental y estado social. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.

El estigma asociado a la depresión origina un círculo vicioso de alienación y discriminación que conduce a un sufrimiento mayor, al ostracismo social, la incapacidad de trabajar, el uso indebido de alcohol y drogas, la falta de vivienda o la institucionalización abusiva (1), todo lo cual reduce las oportunidades de recuperarse y llevar una vida normal (2). Sin embargo el menosprecio más importante que sufren estos pacientes es por parte de los médicos, quienes no toman en cuenta o hacen caso omiso a la sintomatología que puede referir el paciente, no reconociendo de esta manera el estado mental como un componente esencial de la salud e impidiendo un diagnóstico temprano y el acceso a la atención médica especializada.

La depresión, enfermedad mental frecuente, representa un importante problema de salud pública al que se enfrentan diariamente los médicos de atención primaria. En los estudios epidemiológicos aportan cifras de morbilidad inalcanzables para la intervención de los psiquíatras y los centros de salud mental son insuficientes para atender la demanda.

El diagnóstico de la depresión continúa siendo eminentemente clínico, el cual suele ser más complejo ante la superposición con enfermedades orgánicas frecuentes. En cualquier caso, deben utilizarse criterios aceptados para clasificar el trastorno (La clasificación internacional de enfermedades CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud o Manual diagnostico y estadísticos de los trastornos mentales

DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana); esto conlleva a que el paciente deprimido requiera tiempo y dedicación especial que, por desgracia, muchos médicos en atención primaria no están en condiciones de ofrecer.

De hecho, cerca de la mitad de los pacientes con depresión que frecuentan sus consultas no se diagnostican correctamente y muchos cuadros depresivos no se diagnostican por las presentaciones atípicas, (pseudodemencia, somatizaciones, negación de la sintomatología depresiva, etc.), llegándose a establecer un diagnóstico solamente de los cuadros más graves (3).

Es por esto que resaltamos la importancia que tienen los programas de formación de médicos y personal de atención primaria en el diagnóstico, detección, prevención y tratamiento de los pacientes deprimidos. Según un estudio efectuado sobre un programa de esa clase en la isla sueca de Gotland (4), la tasa de suicidios descendió significativamente, sobre todo entre las mujeres, en el año siguiente a la puesta en marcha de un programa de educación para los médicos generales, pero aumentó cuando se abandonó el programa.

Según datos del Proyecto Atlas de la OMS, encontramos que la tercera parte de los países no ha declarado que posea un presupuesto específico para la salud mental, de los restantes la mitad destina menos del 1% de su presupuesto de salud pública a la salud mental (5), a pesar que los problemas neuropsiquiátricos representan el 12% de la carga de morbilidad total en el mundo. Un presupuesto inexistente o bien limitado para la salud mental nos supone de primer momento un obstáculo importante si no infranqueable para ofrecer tratamiento y atención.

Los trastornos depresivos son los trastornos psíquicos más frecuentes, aunque las cifras de incidencia y prevalencia halladas en los diferentes estudios realizados varían en función de la metodología empleada.

En el estudio transcultural de la OMS en 14 centros se demostró claramente que una proporción sustancial (alrededor del 24%) de todos los pacientes padecía un trastorno mental además de un subdiagnóstico imperante de estos afectados y siendo los diagnósticos depresión, ansiedad y consumo de sustancias los más frecuentes (6).

El estudio ESEMED/MEDEA (European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000), revela que el 14% de los europeos desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida. Tres de cada cuatro europeos con un trastorno mental no recibe ningún tipo de tratamiento y muchos de ellos no están ni siquiera diagnosticados, un significativo 15% no recibió tratamiento farmacológico ni tampoco psicológico (7).

Un estudio del ECA (Epidemiologic Catchment Area) por el NIMH (National Institute of Mental Health), los investigadores calculan que cada año el 12% de mujeres (más de 12 millones de mujeres) y casi el 7% de hombres (más de seis millones de hombres) sufren de trastornos depresivos (8). En un estudio se concluyó que en este país el costo anual de los trastornos mentales representa el 2.5% del producto nacional bruto (9).

La investigación en adolescentes guatemaltecos hecha por Berganza y Aguilar (1989, 1992) (10) dio como resultado que un 35% de ellos presentaba depresión. Entre ellos, 20.9% eran varones y 48.8% eran mujeres.

En Honduras en la “Encuesta Permanente con Propósitos Múltiples de Septiembre del 2002”, la enfermedad más frecuente causante de discapacidad fue la depresión crónica aun habiendo encontrado una tasa relativamente baja de 7 por 1000 habitantes (11).

Los cuadros depresivos se han convertido en la primera causa de incapacidades médicas en Costa Rica, por encima de los problemas de columna y

espalda que constituyen la segunda, revela un estudio de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (12).

En Nicaragua un estudio específico a la población del Programa de Dispensarizados, se encontró que el 76% de los estudiados presentaban depresión, siendo la depresión moderada la de mayor incidencia con el 61.7%, seguida la depresión leve con el 30.9% y el 7.3% depresión grave. El sexo femenino tiene mayor incidencia con el 70.4% (13).

El estudio realizado por Medina & López (14) sobre la prevalencia de la depresión en un hospital de Nicaragua nos muestra un valor de 26.7%, los motivos de consulta más frecuentes no fueron los psiquiátricos, siendo chequeo general el primero, gripe segundo lugar dolores osteomusculares en tercero y control de enfermedad crónica y molestias gastrointestinales los últimos.

En el reporte *Distribución porcentual de las defunciones por grandes grupos de causas según SILAIS de residencia para el 2004* encontramos valores entre el rango de 2 y 5 puntos porcentuales para las lesiones autoinfligidas como causas de defunción en dependencia de la región en que habite no alejándola por mucho de causales como cardiopatías isquémicas que oscilaban entre 7 y 15 por ciento (15).

Según el informe estadístico de servicios forenses en Nicaragua se registraron 173 suicidios, equivalente a un suicidio cada dos días (16). Estas cifras sin embargo podrían ser "*la punta del iceberg*", según el estudio "Reflexiones sobre los datos epidemiológicos del comportamiento del suicidio en el año 2006" la cifra real podría ser hasta tres veces mayor.

De acuerdo con el Ministerio de Salud en el período de 1999 a 2003 se registraron 1,762 suicidios, de estos 70% eran del sexo masculino y 30% del sexo femenino. Los hombres tienen tres veces mayor de riesgo de suicidarse que las mujeres.

Los grupos de edades más afectados en 2003 en ambos sexos fueron los de 15 a 24 años y los mayores de 75 años. El año 2003 fue un año crítico se registraron 354 el equivalente a un suicidio por día (17).

El panorama descrito coloca a toda la ciudadanía ante un dilema insoslayable: o diseñamos respuestas viables y efectivas ante esta deplorable situación o nos convertimos en responsables pasivos de este desequilibrio social injusto.

Nuestro estudio tuvo como finalidad estudiar la prevalencia del síndrome depresivo en la consulta morbilidad de adulto en un centro de atención primaria. Identificando de esta manera el número de personas que acudieron a Consulta Externa aquejando sintomatología diversa y variada, sobrellevando una depresión. Se escogió un Centro de Salud como área de nuestro estudio, ya que se ha considerado en la literatura de primordial importancia la integración de la salud mental a la atención primaria, rasgo fundamental tanto para el diagnóstico temprano como para la prevención y tratamiento.

Mundialmente se estima existe una prevalencia del 10-15% de la población sufriendo de enfermedades mentales; el 20 % de los enfermos que buscan atención en los centros de atención primaria, tienen una o más enfermedades mentales (18, 19). El conocer la cantidad de pacientes no diagnosticados reflejará la falta de orientación de los servicios médicos afín a las necesidades y problemas de la sociedad; siendo ejemplo de esta situación el comportamiento de los pacientes previo a un suicidio, en un estudio nacional se encontró que hasta 59% de estos pacientes buscó ayuda médica en días previos (20).

A la depresión nunca se le ha dado su debido lugar en el Sistema de Salud, ha sido subestimada como entidad nosológica capaz de llegar a ocupar para el año 2020 el segundo lugar de AVAD (Años de Vida Ajustados a Discapacidad) perdidos en el

mundo (21). En diferentes estudios se ha demostrado que esta entidad pasa desapercibida por los médicos tanto nacionales como internacionales.

Por todo lo anterior, nuestro estudio determinó la prevalencia del síndrome depresivo; a través de una encuesta basada en los criterios clínicos del DSM IV, y lo contrastó con el diagnóstico que realizó el personal médico de la institución, para mejorar los programas, planes y estrategias enfocados en la detección y manejo de la depresión a nivel primario en el Ministerio de Salud, así como servir de evidencia a las instituciones académicas encargadas de los médicos en formación. Debemos además recalcar la importancia de haber identificado la prevalencia de esta entidad en nuestro pueblo poseedor de un historial de múltiples calamidades, factores económicos, políticos y sociodemográficos adversos que afectan el curso, pronóstico y estatus de la enfermedad.

Finalmente a nivel nacional estas estadísticas deben servir de pivote a programas orientados a la sustitución progresiva de la atención dispensada en grandes hospitales psiquiátricos, integrando la salud mental a los servicios de salud general, así como también el desarrollo de recursos humanos que afronten la situación y sobretodo brindar los medios o datos con los cuales podamos concientizar a la sociedad y organizaciones civiles afines a la atención de este problema de salud pública (22, 23, 24).

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Prevalencia del Síndrome Depresivo en la consulta externa de medicina general de adultos del "Centro de Salud Francisco Morazán" en el mes de mayo de año 2009?

III.- OBJETIVOS

A.- OBJETIVO GENERAL

Conocer la Prevalencia del Síndrome Depresivo en personas mayores de 18 años que acudan a la Consulta Médica General del Centro de Salud "Francisco Morazán" en el mes de mayo de año 2009.

B.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la Prevalencia del Síndrome Depresivo de los pacientes a estudiar previa consulta médica de morbilidad de adulto.

2. Describir las características generales de los pacientes a ser estudiados.

3. Establecer los Motivos de Consulta Médica más frecuentes asociados en comorbilidad con el Síndrome Depresivo.

4. Indicar la frecuencia de Síndrome Depresivo que se describe como diagnóstico en el expediente clínico por parte de los médicos de la institución.

IV.- MARCO TEORICO

4.1- Definición de Depresión.

La depresión (del latín *depressus*, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

4.2- Epidemiología

La estimación de la incidencia y prevalencia de los trastornos del estado de ánimo es variable. En Estados Unidos se estima alrededor del 16% de la población será afectada en algún punto de su vida, constituyendo así el desorden psiquiátrico más frecuentemente encontrado (19). En otros estudios se menciona que hasta 48 por ciento de la población ha presentado como mínimo un episodio de trastornos del estado de ánimo a lo largo de la vida. Muchos estudios han encontrado que la depresión unipolar en general se presenta dos veces más en las mujeres que en los varones (25). Siguen sin aclararse los motivos de la diferencia entre ambos sexos. La prevalencia de los trastornos depresivos en la asistencia primaria se estima entre 9-20% (26) y se considera que en muchos países sino en todos los industrializados la incidencia de depresión, manía, suicidio y trastornos psicóticos del estado de ánimo ha ido aumentando en las generaciones nacidas a partir de 1910 (27).

En un metanálisis, investigadores indagaron 41 estudios involucrando más de 2000 médicos de atención primaria en 10 países, la mayoría en contexto urbano. Estos médicos sin ayuda de una entrevista médica estructurada, evaluaban la ausencia de depresión de más de 50,000 pacientes que posteriormente fueron evaluados por especialistas en salud mental para establecer un diagnóstico "verdadero". La prevalencia media de depresión "verdadera" fue del 19.5%. Luego de ajustes estadísticos, los médicos de atención primaria identificaron correctamente 47.3% de los paciente con depresión. En 19 estudios en que los investigadores median la habilidad del médico para descartar la enfermedad (depresión), los médicos identificaron correctamente a 81% de los pacientes no deprimidos. Los resultados sugieren que en un caso típico urbano con una prevalencia de la enfermedad del 20%, la mitad de los pacientes no se diagnosticaron, y el 60% de los pacientes que fueron diagnosticados con la enfermedad corresponderían a diagnóstico falsos-positivos. Los autores ofrecieron algunas posibles razones de los hallazgos que incluían; la complejidad de las definiciones actuales de depresión, lo sutil que pueden llegar a ser los síntomas leves y moderados de la enfermedad y la brevedad junto a la inclinación somática que caracteriza a la consulta médica en atención primaria (28).

El suicidio es un problema de salud pública que complica los trastornos del estado de ánimo con mayor frecuencia que otros trastornos. El riesgo de suicidio a lo largo de la vida de estos sujetos es del 10-15% y el riesgo de tentativas de suicidio aumentó 41 veces en los pacientes deprimidos, en comparación con aquellos que tenían otros diagnósticos (29).

4.3- Sintomatología y Trastornos Asociados

4.3.1- Características descriptivas y trastornos mentales asociados.

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. Ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor algunos sujetos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En lo niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. Ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas escolares (p. Ej., ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van de la precedidos de algún estrés psicosocial (p. Ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio). El parto puede precipitar un episodio depresivo mayor, en cuyo caso se señala la especificación del inicio en el posparto.

La cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas depresivos, que tomados en cuenta se puede reducir su subestimación y los errores diagnósticos. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de nervios y cefaleas (en las culturas latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o falta

de equilibrio (en las culturas China y asiáticas), de problemas en el corazón (en las culturas del medio oriente) o de estar acongojado (entre los hopi) (30).

4.4- Diagnóstico y DSM IV

El término afecto suele hacer referencia a la manifestación externa y cambiante del tono emocional de una persona, mientras que *estado de ánimo* significa una orientación emocional más duradera que influye en la psicología de la persona (APA, 1984) (31).

El DSM IV distingue entre episodios y trastornos del estado de ánimo. Un episodio es un período que dura al menos dos semanas, durante las cuales hay suficientes síntomas que cumplen criterios completos para el trastorno. Los criterios de un episodio depresivo mayor son:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: no incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. Ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. Ej., llanto). Nota en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) Pérdida de peso importante sin hacer régimen o aumento de peso (p. Ej., un cambio de más del 5% de peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) Insomnio o hipersonmnia casi cada día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan un deterioro clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. Ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. Ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Los pacientes con o sin antecedentes de manía presentan un episodio mayor si cumplen estos criterios, pero el trastorno depresivo mayor hace referencia a uno o más episodios de depresión mayor en ausencia de manía o hipomanía (depresión unipolar). Un episodio depresivo mayor puede modificarse por los especificadores adicionales para los síntomas melancólicos y/o síntomas atípicos.

4.5- Trastornos del estado de ánimo en poblaciones especiales

La depresión posparto se presenta, aproximadamente, en el 10% de las madres; los factores de riesgo incluyen antecedentes de trastorno afectivo, embarazo no deseado, desempleo de la madre, no poder alimentar al bebe con leche materna y que la madre sea la cabeza de la familia. La depresión posparto aumenta la posibilidad de consumo de alcohol y de sustancias ilegales en madres adolescentes. Existe cierta evidencia de que la depresión en la madre afecta negativamente el temperamento y el desarrollo cognitivo del bebé.

Las estimaciones de la prevalencia de depresión mayor en las personas de edad avanzada son del 2-4% en las muestras comunitarias, del 12% en los pacientes hospitalizados y del 16% en los pacientes geriátricos con tratamientos crónicos. La enfermedad aumenta el riesgo de mortalidad cardiovascular, aumenta el tamaño de los ventrículos y hay mayor probabilidad de sufrir algún grado de déficit cognitivo comparado con los pacientes deprimidos más jóvenes.

4.6- Depresión Enmascarada

Cerca del 50% de los episodios depresivos no se detectan porque el estado de ánimo depresivo es menos evidente que otros síntomas del trastorno. La alexitimia, o incapacidad para expresar los sentimientos con palabras, puede centrar la atención del paciente en los síntomas físicos de la depresión, como el insomnio, la disminución de la energía y los problemas de concentración, sin que el sujeto sea consciente de que está

deprimido. El consumo de sustancias como forma de auto tratamiento de la depresión puede ser más obvia que el trastorno del estado de ánimo subyacente, puede parecer que el problema principal es un trastorno de la personalidad. Otros cuadros de depresión mayor que pueden estar enmascarados son los conflictos conyugales y familiares, el absentismo laboral, el bajo rendimiento escolar, el aislamiento social y la falta de motivación.

Se ha usado el término pseudodemencia depresiva, cuando más preciso seria síndrome de demencia por depresión o demencia depresiva reversible; para describir sujetos que presentan alteraciones cognoscitivas sin una enfermedad neurológica clara. Otra forma de depresión enmascarada comprende sujetos que sufren de aprosodia, que es la pérdida de la capacidad para transmitir matices emocionales al habla y al comportamiento, la carga afectiva de la persona.

Los síntomas vegetativos como las alteraciones del sueño, de la energía y del apetito pueden parecer síntomas de un trastorno neurológico, sin embargo mejoran con un antidepresivo o con terapia electroconvulsiva.

4.7- Depresión Crónica

Las formas crónicas de depresión explican el 12-35% de los trastornos depresivos. Las tasas de cronicidad en la depresión varían según la evaluación efectuada. Un mayor número de pacientes cumplen criterios de cronicidad si esta se define a partir de la presencia de algunos síntomas depresivos, y no como un determinado nivel de síntomas, como puede ser una puntuación de 10 en la escala de Hamilton. Incluso tras la remisión de los síntomas depresivos específicos, muchos pacientes siguen experimentando disfunción familiar, deterioro laboral y mala salud física. Si la depresión crónica se define en parte por el deterioro en la actividad, algunos

de estos pacientes pueden considerarse crónicamente deprimidos a pesar de que no se manifiesten síntomas depresivos específicos.

El concepto de trastorno distímico como depresión crónica y leve comenzó en las primeras versiones del DSM con los diagnósticos de depresión crónica y personalidad depresiva. Estos pueden relacionarse de múltiples maneras. Una posibilidad es que sean trastornos separados con síntomas solapados y una elevada tasa de comorbilidad entre ellos, con muchos otros trastornos (como ansiedad, relacionados a sustancias, la conducta alimentaria, trastornos somatomorfos y de la personalidad), y con enfermedades médicas crónicas.

4.8- Comorbilidad

Frecuentemente los trastornos del estado de ánimo son comórbidos con otros trastornos psiquiátricos y médicos, sobre todo con los trastornos de ansiedad, los relacionados con sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria, los somatomorfos, los trastornos de la personalidad y las enfermedades médicas crónicas. En un estudio del departamento de asuntos de veteranos *Deparment of Veterans Affairs* que incluía 11,701 pacientes con enfermedades médicas y de estos 9,039 pacientes psiquiátricos; el 60% de los pacientes con trastornos afectivos presentaban un diagnostico psiquiátrico comórbido y el 80% de estos paciente presentaban enfermedades medicas comórbidas.

4.8.1- El consumo de sustancias

Dependiendo de la enfermedad mental de que se trate, se ha comunicado que un 26 a 88% de los pacientes psiquiátricos son fumadores, en comparación con el 20 a 30% de la población en general. Existen lazos estrechos entre el trastorno depresivo mayor y el consumo de tabaco. En los EE.UU., hasta un 60% de los grandes fumadores tienen antecedentes de enfermedad mental, y la incidencia del trastorno depresivo mayor

es dos veces mayor en los fumadores que en los no fumadores. Además, la probabilidad de abandonar el hábito era un 50% menor en los fumadores con antecedentes de depresión clínica que en los fumadores sin esos antecedentes (14% frente a 28%) (32).

Estudios realizados en los EE.UU. en los últimos 20 años indican que las tasas de trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida son del 38 a 44% en personas con dependencia del alcohol, frente a tan sólo un 7% en personas no dependientes. Además, aproximadamente un 80% de las personas con dependencia del alcohol tienen síntomas de depresión (33).

4.8.2- Enfermedad Médica

Se ha observado que la prevalencia de los episodios depresivos en los pacientes con enfermedades malignas es de alrededor del 50% en los pacientes con cáncer pancreático, del 22-40% en los pacientes con cáncer de orofaringe, del 10-33% en los pacientes con cáncer de mama, del 12-25% en los que presentan cáncer de colon y del 13, 17 y 11% en los pacientes con cáncer ginecológico, linfoma y carcinoma gástrico, respectivamente.

La depresión se presenta en tasas mayores en los pacientes con infarto de miocardio, arritmias ventriculares e insuficiencia cardíaca congestiva. Se ha observado que la depresión mayor aumenta el riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca coronaria y que aumenta la mortalidad tras el infarto de miocardio.

Las enfermedades médicas que normalmente se asocian a la depresión son el síndrome de colon irritable, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la insuficiencia renal y las enfermedades autoinmunes.

También estudios han ligado la probabilidad de desarrollar depresión ligada a un accidente cerebrovascular, además los pacientes que habían desarrollado un ACV

tenían un riesgo de mortalidad ocho veces superior en comparación con pacientes no deprimidos que también padecieron un accidente cerebro vascular. La localización anatómica del ACV parece tener un efecto relevante en la presencia de la depresión asociada: los accidentes en el hemisferio prefrontal izquierdo y en los ganglios basales producen trastornos depresivos con mayor frecuencia en comparación con las lesiones en el hemisferio derecho. Por el contrario, las lesiones en el hemisferio izquierdo suelen asociarse al desarrollo de episodios maníacos posteriores.

La depresión es una de las complicaciones más frecuentes de pacientes con Parkinson, probablemente debida al involucramiento de los ganglios basales en la regulación afectiva.

V.- DISENO METODOLOGICO

5.1- Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, de corte transversal, de prevalencia que se realizó a nivel primario, en el Centro de Salud "Francisco Morazán" en el mes de mayo de 2009.

5.2- Área de Estudio

El Centro de Salud "Francisco Morazán" cubre 19 barrios del área urbana de la ciudad de Managua. Este consta de tres grandes áreas de consulta: Consulta Externa Médica General, Área de Emergencias y Consulta Externa de Especialidades (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Psicología, Psiquiatría, Fisiatría y Clínica Dental). El estudio se desarrolló en el área de Consulta Médica Morbilidad General de adultos. Al centro según datos estadísticos acuden anualmente un aproximado de 94 000 pacientes de todas las edades en el año 2007, con un estimado 7768 en promedio mensual. De estos en el flujo para el mes de Mayo a fin de conformar nuestro universo tomando como referencia los datos de los años 2007 y 2008 promedian una cifra de 5655 pacientes (ver anexo No III).

5.3- Universo

Pacientes mayores de 18 años que acudieron a la Consulta Médica General del Centro de Salud "Francisco Morazán" en el mes de mayo del año 2009.

5.4- Muestra

La muestra la conformaron todos los pacientes adultos que acudieron al Centro de Salud "Francisco Morazán" en la consulta externa que cumplieron con los criterios de selección para el estudio.

5.4.1- Criterio de Selección

5.4.1.1- Criterios de Admisión

- Pacientes que acudieron a consulta morbilidad de adulto del Centro de Salud "Francisco Morazán", en el mes Mayo de año 2009.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

5.4.1.2- Criterios de Exclusión

- Pacientes con capacidades diferentes y limitaciones que interfieran directamente con la realización de la encuesta.
- Pacientes que no desearon participar del estudio
- Datos incompletos del expediente clínico.

5.5- Muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico (sistemático). Escogiendo a 1 de cada 15 pacientes que ingresó al centro para la administración del cuestionario, si el paciente no satisfizo los requisitos de inclusión se reiniciaba el conteo.

Coeficiente de elevación: **K = N / n**

N = población **n** = muestra **K** = 15

Tamaño de la muestra

La muestra fue calculada según la fórmula para poblaciones finitas. Se usaron los siguientes parámetros: nivel de confianza de 95%, un margen de error 5% y

partiendo de una población susceptible a estudio de **5,655**. Se encontró que a fin de cumplir con los parámetros mencionados el tamaño de la muestra equivaldría a 362.

$$n = Z_{\alpha}^{2} \frac{N \cdot p \cdot q}{i^{2}(N-1) + Z_{\alpha}^{2} \cdot p \cdot q}$$

$n = (1.96)^2[(5,655)*(0.5)*(0.5) / (0.05)^2(5,655-1) + (1.96)^2*(0.5)*(0.5)]$

n = 362

Siendo: **N:** Tamaño de la población

n: Tamaño muestral

p: Proporción esperada del parámetro a evaluar p= 0.5

q: 1-p (proporción no esperada) q=0.5

i: Error que se prevé cometer (0.05)

Zα: Nivel de confianza (1.96)

5.6- Obtención de la Información

5.6.1- Instrumento de Recolección de la Información

El instrumento a utilizar lo constituyó una ficha de datos (ver anexo No II), previamente elaborada, a la cual se le aplicó una prueba de campo para recoger la información. Los datos fueron obtenidos a través de una entrevista estructurada y dirigida, consulta del expediente clínico y de la hoja de registro de consulta.

La ficha de recolección constaba de dos partes: la primera parte contenía el formato de consentimiento informado propuesto por el Ministerio de Salud Nicaragua, seguido de la ficha de presentación del estudio conteniendo el título del estudio, el nombre del autor, una imagen que reflejaba la universidad de procedencia y la sección que describía los datos sociodemográficos de los pacientes a saber: nombre, edad,

género, motivo de consulta, escolaridad, religión, ocupación o fuente de ingreso y diagnóstico médico.

La última sección comprendió la encuesta propiamente dicha que albergaba 19 preguntas que en su mayoría constituyen adaptaciones de los criterios diagnósticos para depresión del DSM-IV (ver anexo No II). Los primeros tres incisos de la encuesta advirtieron los síntomas clásicos de depresión, siguiéndoles estuvieron reflejados síntomas diversos que acompañan a la patología y por último los incisos que reflejaban los criterios temporales, cláusulas excluyentes, fármacos y enfermedades que el paciente pudiera reflejar.

5.6.2- Recolección de Datos

Etapa A

Se envió una carta de presentación del estudio a las autoridades del Centro de Salud **"**Francisco Morazán**"** con el fin de obtener la autorización para la realización del estudio; que incluía el apoyo del personal de la institución, acceso a la Hoja de Registro de Consultas Diaria y por último acceso a los expedientes clínicos llevados por los médicos de la institución.

El flujo de pacientes es ordenado por el personal de admisión y enfermería según el orden de asistencia (orden en el cual demandan la atención médica), a estos se entregan hojas numeradas representando el orden por medio del cual serán atendidos por el médico. En este momento nos valimos de este mecanismo para escoger a uno de cada 15 pacientes que ingresaba al centro, se verificaba los criterios de selección de caso a estudiar, además de corroborar el número correspondiente en la hoja de registro de consulta médica diaria que lleva cada médico, se le asignó un código numérico con el objetivo de no emplear información sensible y proteger la confidencialidad del paciente.

Se procedió a realizar las encuestas, previo consentimiento informado (ver Anexo II), antes de la consulta médica. Para reducir sesgos con el médico que atendía a los pacientes, se hizo una elección al azar con todos los médicos de la consulta morbilidad de adultos. Luego se procedió al llenado del formato o ficha de recolección de la información por el entrevistador, en ese caso lo fue por el propio autor.

Etapa B

Buscar el expediente de acuerdo a la información que se recogió en las fichas correspondientes a cada paciente con el fin de obtener el diagnóstico y su morbilidad asociada posterior a la consulta médica. Recogiendo esa información en la misma ficha de recolección de datos.

5.7- Consideraciones Éticas

La información sensible del paciente previo consentimiento informado; número de expediente y código numeral, se empleó con el fin de encontrar los expedientes del paciente en el área de archivo a fin de obtener información vital para el estudio. Esta información sensible fue eliminada de nuestros archivos a fin de garantizar la confidencialidad y privacidad del propio paciente

5.8- Procesamiento y análisis

5.8.1. Para el estudio estadístico se utilizó el programa Epi Info (versión 3.5.1); para el cálculo de los grados de libertad, la "p" y la prueba de significancia estadística "Chi cuadrado de Pearson" a partir de la base de datos previamente elaborada. El nivel de significancia estadística se fijó en ($p < 0.05$).

5.8.2. Operacionalización de las variables: la variable cuantitativa "Edad" se transformó en escalas cualitativas con el fin de posibilitar la aplicación de la prueba de significancia estadística anteriormente mencionada.

5.8.3. Para caracterizar a la población estudiada se realizaron tablas de contingencia simples para cada una de las variables estudiadas y los resultados se presentarán empleando frecuencias simples y promedios.

5.9- Operacionalización por objetivos de las Variables en Estudio

No 1: Describir las características generales de los pacientes a ser estudiados.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Edad.	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento, medido en años.	Adulto Joven 18-24 25-34 35-44 Adulto 45-54 55-64 Anciano > 65	SI/NO	Nominal
Género.	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	Femenino. Masculino.	SI/NO	Nominal
Estado Civil.	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles para con su pareja de vida.	-Soltero. -Casado. -Unión de hecho. -Divorciado. -Separado. -Viudo	SI/NO	Nominal
Escolaridad.	Nivel académico alcanzado.	-Analfabeta. -Primaria. -Secundaria. -Técnico -Superior.	SI/NO	Nominal

Ocupación	Trabajo, empleo u oficio.	-Desempleado -Ama de casa -Obrero -Mercader -Estudiante -Otros.	SI/NO	Nominal
Religión	Conjunto de creencias y dogmas que definen las relaciones entre el hombre y la divinidad.	-Católico -Evangélico -Ninguna -Otras	SI/NO	Nominal

No. 2: Determinar la Prevalencia del Síndrome Depresivo de los pacientes a estudiar previa consulta médica de morbilidad de adulto.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Estado de ánimo depresivo.	Tristeza o vacío, la mayor parte del día, casi cada día.	¿Se siente triste casi todos los días?	SI/NO	Nominal
Disminución acusada del Interés.	Pérdida del interés en las actividades que antes le eran.	¿Ha perdido el interés en las cosas?	SI/NO	Nominal
Anhedonia.	Incapacidad para experimentar placer en las actividades que antes le eran remunerativas.	¿Tiene dificultad en disfrutar las actividades diarias?	SI/NO	Nominal

Episodios de Llanto	Llanto sin motivo aparente (labilidad emocional).	¿Llora usted con frecuencia y sin motivo aparente?	SI/NO	Nominal
Apetito (Anorexia/Hiperexia)	Pérdida o aumento del impulso instintivo que lleva a satisfacer deseos o necesidades de alimentarse para subsistir.	¿Ha perdido o incrementado su apetito o continua igual?	SI/NO	Nominal
Insomnio/Hipersomnio	Problemas para la iniciación y/o mantenimiento del sueño. Vigilia.	¿Tiene dificultad para dormir casi todos los días? ¿Duerme mucho casi todos los días comparado a antes?	SI/NO	Nominal
Ansiedad	Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.	¿Se siente nervioso la mayor parte del tiempo?	SI/NO	Nominal
Nivel de Energía	Enlentecimiento o Agitación casi cada día (observable por los demás).	¿Se cansa o siente cansado la mayor parte del tiempo?	SI/NO	Nominal

Sentimientos de Desvaloración.	Sentimiento de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.	¿Se siente con frecuencia que usted es una persona inútil? ¿Se siente culpable por lo que pasa o ha pasado usted o los demás?	SI/NO	Nominal
Indecisión.	Disminución de la habilidad para pensar claramente o tomar decisiones casi cada día.	¿Tiene dificultad en tomar decisiones o pensar claramente?	SI/NO	Nominal
Concentración.	Disminución de la habilidad para concentrarse, respecto al nivel de atención.	¿Tiene dificultad para concentrarse en lo que hace?	SI/NO	Nominal
Ideación Suicida	Pensamientos recurrentes de muerte o de carácter funesto.	¿Ha pensado terminar con su vida?	SI/NO	Nominal
Plan Suicida.	Método o tentativa o plan especifico de consumación suicida.	¿Ha pensado en un plan específico para terminar con su vida?	SI/NO	Nominal

Temporalidad del Suicidio.	Persistencia en el tiempo de los síntomas encontrados de suicida.	¿Cuánto tiempo ha tenido usted los síntomas mencionados?	< 2 Sem > 2 Sem > 1 Año > 2 Año	Intervalo
Duelo.	Perdida de un ser querido o un trabajo	¿Ha sufrido una pérdida importante en los últimos 2 meses?	Cónyuge Amigo Trabajo Otro	Nominal
Comorbilidad.	Condición médica (entidad o enfermedad) que existe simultáneamente.	¿Es usted portador de alguna enfermedad crónica?	DM HTA ASMA Otras	Nominal
Tratamiento Farmacológico.	Medicamentos indicados por facultativos o por él propio paciente.	¿Toma usted algún medicamento o droga de manera permanente?	Enalapril Atenolol Propanolol AINE's Ansiolíticos Anti – convulsivos	Nominal

No 3: Establecer los motivos de consulta médica más frecuentes asociados en comorbilidad con el síndrome depresivo.

VARIABLE.	DEFINICION OPERACIONAL.	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Motivo de Consulta.	Signos y síntomas que motivan al paciente a demandar atención médica.	-Fiebre. -Gripe. -Control de enfermedad crónica. -Control de exámenes. -Chequeo general.	SI/NO	Nominal

No 4: Indicar la frecuencia de síndrome depresivo que plasman como diagnóstico en el expediente clínico los médicos de la institución.

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Diagnóstico de Depresión.	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.	Criterios Médicos Diagnósticos para Depresión, según DSM-IV.	Presente Ausente	Nominal

VI.- RESULTADOS

De un total de 362 pacientes que acudieron a consulta de morbilidad de adultos y fueron incluidos en la muestra a estudiar, encuestar y analizar; 120 (33.3%) resultaron casos de síndrome depresivo diagnosticados a través del instrumento anteriormente descrito, (ver Gráfico I).

1. Describir las características generales de los pacientes a ser estudiados.

Refiriéndonos al entrecruzamiento síndrome depresivo con respecto a la edad de los encuestados se encontró que de 120 (100%) pacientes diagnosticados; al rango etario adulto joven pertenecen 56.7% pacientes, dispersos en: 24.2% pacientes entre (18-24), 17.5% (25-34), 15% (35-44), Adulto maduro (45-64) 29.2% y adulto mayor (>65) 14.2%. Del total de pacientes asignados a cada grupo encontramos que en el grupo adulto joven el 26.9% presentó síndrome depresivo, en adulto maduro 40.7% y en adulto mayor el 70.7% presentó (ver Tabla I).

Encontramos en el entrecruzamiento de variables frecuencia de síndrome depresivo según el género de los encuestados, de 120 pacientes positivos para síndrome depresivo 97 (80.8%) pertenecen al género femenino y 23 (19.2%) al género masculino (ver Gráfico II).

En la tabla II se indica la frecuencia de síndrome depresivo según el estado civil de los encuestados, de 120 pacientes positivos para síndrome depresivo 44 (36.6%) eran casados, 32 (26.6%) solteros, 29 (24.2%) unión de hecho, 9 (7.5%) viudos y 6 (5.1%) divorciados.

En relación al entrecruzamiento de variables frecuencia de síndrome depresivo según la escolaridad de los pacientes, encontramos que de 120 pacientes

(100%) el 42.5% aprobó estudios de Secundaria, el 37.5% Primaria, 10.8% Superior y 9.2% Analfabeta (ver Gráfico III).

En lo que respecta a la frecuencia de síndrome depresivo según la religión de los pacientes se encontró que de 120 probables casos de síndrome depresivo 44.2% reportan religión católica, 38.3% evangélica, 11.7% ninguna y 5.8% otro tipo de religión (ver Tabla III).

En relación a la frecuencia de síndrome depresivo con respecto a la ocupación de los encuestados se encontró que de 120 pacientes (100%), 41.7% con ocupación Ama de Casa, 13.3% Obrero, 10.8% Comerciante, 8.3% Domestica, 7.5% Desempleado, 6.7% Estudiante, 4.3% Profesional, 3.3% Negocio Propio, 2.5% Vigilante (ver Tabla V).

En relación a la frecuencia de síndrome depresivo con respecto a la los fármacos o drogas que los pacientes reporten usen de manera crónica, de 120 (100%) pacientes diagnosticados con síndrome depresivo 54 (45%) afirmaron mantener un uso crónico de algún fármaco o droga (ver Gráfico IIII).

2. Establecer los Motivos de Consulta Médica más frecuentes asociados en comorbilidad con el Síndrome Depresivo.

En la tabla VI se muestra la frecuencia de síndrome depresivo con respecto a los motivos de consulta de los pacientes. De 120 (100%) diagnosticados con síndrome depresivo, 26 (21.7%) acudieron por una consulta ginecológica, seguido por 19 (15.8%) por dolor osteomuscular, 11 (9.2%) por consulta urológica, 10 (8.3%) molestias gastrointestinales, luego en igual proporción 9 (7.5%) por problema respiratorio y 9 (7.5%) por control de enfermedad crónica, 8 (6.7%) por cefalea, 7 (5.8%) consulta dermatológica, en igual cantidad 6 (5%) por resultado de exámenes y categorizados como “otros” (variable que incluye, 2 (1.7%) por mareos, 2 (1.7%) por dolor de oído, 1

(0.8%) por sofoque, tensión y dolor de pecho, 1 (0.8%) por problemas para dormir, 1 (0.8%) calambres, 1 (0,8%) dolor torácico y finalmente 1 (0.8%) por chequeo general entre otros 6 (0,5%)).

3. Indicar la frecuencia de Síndrome Depresivo que se describe como diagnóstico en el expediente clínico por parte de los médicos de la institución.

Refiriéndonos a la frecuencia de síndrome depresivo descrita como diagnóstico en el expediente clínico por parte de los facultativos de la institución, encontramos que de 362 pacientes (100% de la muestra), 4 (1.2%) del total de la muestra tenían asignada la entidad nosológica en su expediente (ver Gráfico V).

VII.- DISCUSION

Los hallazgos de esta investigación permitieron examinar la prevalencia del síndrome depresivo en pacientes que acudieron a niveles primarios de atención en salud, reflejando que hasta 33.1% fueron identificados como positivos para la entidad descrita. La prevalencia encontrada en nuestro estudio fue previsible y corroborado por otros estudios del país, como el de Medina & López (14), quienes encontraron una prevalencia de 26.7%. Sin embargo al contrastar ambos estudios encontramos una diferencia sustancial y significativa estadísticamente (ver tabla VII), explicada quizá por la diferencia en el contexto del marco muestral cuyas características difieren de un estudio a otro, a saber la situación laboral y el ambiente en que se realizó el estudio. También es necesario mencionar la diferencia temporal que hay entre ambos estudios; mientras el presente estudio se realizó en la estación seca del país y en medio de una crisis mundial, como lo fueron la crisis financiera y la epidemia de influenza AH_1N_1, el segundo fue realizado en la estación lluviosa, aunque la característica variación de la prevalencia de la entidad según las estaciones del año ha sido descrita por múltiples investigadores en su mayoría implican latitudes nórdicas (38). Podrían existir similitudes o aplicabilidad de otros contextos o realidades de países donde se ha estudiado la variación en la incidencia de suicidio con respecto a las estaciones del año, como se ha demostrado en numerosos estudios que apoyan teorías psicosociales como "la promesa rota" al crearse nuevas expectativas con respecto al año venidero, otras apoyan la diferencia en la disponibilidad de alcohol y las vacaciones de verano con respecto a invierno, en fin abordan posibles variaciones de los niveles de tensión social durante el curso del año sin olvidar las teorías biológicas ampliamente descritas (39).

El rango etario más frecuentemente encontrado con síndrome depresivo fue el adulto joven, lo cual se explica tanto por la distribución global de personas en el país, puesto que demográficamente se integra mayoritariamente por jóvenes; como por la

orientación de la consulta médica estudiada la cual presupone una distribución gaussiana normal de los individuos que acuden a esta y por lo tanto deberíamos encontrar mayoritariamente jóvenes en la consulta médica del centro. No obstante la prevalencia de síndrome depresivo es más elevada en el anciano con 70.7% de los encuestados. Es decir encontraremos, de todos los pacientes que acudan a consulta, más pacientes adultos jóvenes con síndrome depresivo y por el contrario, de los pocos pacientes adultos mayores que acudan a consulta la mayoría de estos estarán deprimidos (ver Tabla I).

Puede decirse que los sujetos de la tercera edad que fueron estudiados se caracterizan fundamentalmente por referir y presentar síntomas y signos de enfermedad depresiva; situación alarmante en su carácter de riesgo y consecuencia para la salud, pudiendo atentar contra la calidad de vida y la satisfacción del individuo perteneciente a este grupo etario. La senectud puede vivirse como una crisis por la reducción de intereses, delegación de roles, restricción del círculo social, los cambios familiares, la pérdida de la pareja, amigos, familiares, los problemas de salud, la organización y planificación del tiempo y la reelaboración del propio proyecto vital, todos estos factores que pueden contribuir al desarrollo de síndrome depresivo (34). La presencia de depresión se encontró estadísticamente asociada a la edad de los pacientes, determinando la existencia de una dependencia proporcional entre síndrome depresivo y edad. Kaplan & Sadock describen la edad promedio de pacientes deprimidos en alrededor de los 40 años de edad (30).

En lo que respecta al género de los pacientes no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables; sin embargo se evidencia la mayor representación del género femenino con respecto al masculino, no alcanzando la proporción 2:1 descrita en la bibliografía (ver Gráfico II). El estudio concuerda con la bibliografía internacional al encontrar una mayor prevalencia de la enfermedad en el

género femenino, discrepancia que hipotéticamente involucra diferencias hormonales, diferencias en estresores psicosociales y de modelos cognitivos (30).

La diferencia de morbilidad psiquiátrica entre ambos géneros ha sido objeto de numerosos estudios, se han propuesto numerosas teorías (biológicas, psicológicas, roles de género, etc.) que aunque ninguna parece explicar por sí misma la magnitud de la diferencia encontrada resulta útil concluir que la explicación esté relacionada con una combinación de múltiples factores que implican gran dificultad de estudio.

Con respecto al Estado Civil la mayoría de los pacientes con síndrome depresivo estaban casados hasta en un 36.1%, este hallazgo se encuentra en desacuerdo con la bibliografía internacional, que sostiene que la falta de relaciones interpersonales cercanas, el divorcio o la separación son más frecuentemente asociadas a la entidad (30). Una hipótesis planteada por investigadores del país, los cuales describieron el mismo hallazgo, sostiene que; el tener una familia puede ser percibido como un factor estresor más, dado que lo pacientes deben garantizar un futuro para su familia, dentro del contexto y situación económica del país (14). Finalmente el análisis estadístico demostró la nulidad de la hipótesis que sostendría la dependencia de las variables; resulta necesaria mayor evidencia para estudiar este aspecto de los pacientes nicaragüenses (ver Tabla II).

Siguiendo con la escolaridad de los pacientes debemos mencionar lo análogo que resultaron ser los datos extraídos de la población estudiada con respecto a su universo Managua, según datos del INEC extraídos del VIII censo de población y IV de vivienda; encontramos que de la población de la ciudad 9.74% mencionan ser analfabetas, 33.1% escolaridad primaria, 31.8% secundaria, 12.6% estudios superiores (35). Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre las variables síndrome depresivo y escolaridad, sin embargo, no podemos establecer la dirección de dicha asociación dado la naturaleza nominal de las variables consideradas (ver Gráfico

III). En Kaplan & Sadock, encontramos descrito una mayor prevalencia de depresión en las áreas rurales comparado al área urbana de los países y asociación del trastorno bipolar a personas que no completaron estudios superiores (30). En estudios locales se ha descrito el analfabetismo como factor limitante en el curso y tratamiento de pacientes dispensarizados que sobrellevan depresión, estudio en el cual se alcanzaba cifras de hasta 25.4% de analfabetismo (13). Por otra parte un estudio, también nacional, evidenció en sus hallazgos una mejor preparación académica de parte de sus individuos afectados con síndrome depresivo, sobretodo en el género femenino en comparación con su contraparte (14).

La relación entre los trastornos afectivos y la práctica religiosa ha sido poco estudiada tanto internacional como nacionalmente. Generalmente se ha percibido y concluido que la práctica religiosa de los pacientes constituye un tipo de apoyo social al que recurren muchas personas aún sin trastornos específicos. En un estudio realizado en Bogotá, Colombia los investigadores encontraron una correlación negativa significativa entre el nivel de depresión y pertenecer a un grupo religioso o espiritual, tanto en la muestra de hombres como mujeres pero significativamente mayor en las últimas (36). En nuestro estudio no se encontró asociación estadística entre las variables y comparando los hallazgos con la distribución de las prácticas religiosas en la población de la ciudad no encontramos diferencia sustancial (35), lo cual inclina a pensar en una distribución esperada normal de las prácticas espirituales de la población muestral (ver Tabla IV).

Discutir acerca de la ocupación de los pacientes estudiados resulta necesario dadas las características socioeconómicas de la región; donde imperan, la falta de empleo, inestabilidad laboral y tasas de salario mínimo bajas. También al apegarnos al contexto de la región donde se ubica el centro de atención donde realizamos el estudio, encontramos una población con serias carencias sociales. Los hallazgos del estudio

muestran una mayoría de pacientes que son amas de casa, concurriendo con numerosos estudios que han investigado la relación existente entre ser ama de casa y el desarrollo de trastornos afectivos como la depresión. Las explicaciones giran en torno al desarrollo de una identidad, autonomía e independencia que brinda el ejercicio de una profesión fuera de casa, además del contacto social como subproducto y el no beneficiarse de todos estos atributos conllevaría a detrimento de la persona (40). Otra característica que predomina en este marco muestral es la falta estabilidad laboral, ya que solo un 7.4% reportó tener un trabajo estable. En el estudio no se estableció un diferencia significativa ($p > 0.05$) entre todos los grupos (ver Tabla V). En la población general Kaplan & Sadock mencionan que la prevalencia de depresión no está correlacionada con el nivel socioeconómico pero si varía entre área rural y urbana siendo mayor en la primera (30), en vista que la población de barrios aledaños al área está fuertemente constituida por personas que han emigrado a la ciudad, cabría pensar en alguna clase de asociación. Investigadores nacionales han asociado el desempleo, factor estresante, como probable desencadenante de cuadros depresivos (13). La diferencia, como mencionamos anteriormente en nuestro estudio, entre depresivos desempleados y sanos desempleados no es significativa, se requiere pues mayor evidencia para dilucidar el comportamiento de la variable ocupación en los pacientes. Por sobretodo, el trabajo o empleo cumple funciones manifiestas y latentes. Permite al individuo la subsistencia en el área económica y los beneficios ocultos aportan tanto una estructuración del tiempo diario, un nivel de actividad, desarrollo de la expresión creativa, dominio del ambiente, intercambio de relaciones sociales, identidad, status social así como también sentido de utilidad (34).

En el grupo de pacientes con síndrome depresivo una cantidad sustancial hasta 44% de pacientes reportan la ingesta crónica de fármacos, en contraste con 27.6% que muestran el síndrome y no presentan la ingesta crónica de medicamentos (ver Gráfico V). No podemos dada la naturaleza de nuestro estudio establecer una relación

de causalidad; sin embargo el hallazgo lanza una voz de alerta, corroborada en multiples estudios nacionales e internacionales, sobre la posibilidad que nuestros tratamientos farmacológicos estén asociados a depresión iatrogénica (13, 32, 33). Además el paciente puede accidentalmente haber estado expuesto a químicos neurotóxicos así como también tomar sustancias con fines recreativos y ser dependiente de estas. Debemos mencionar que los fármacos encontrados en orden de frecuencia fueron los antihipertensivos como el Enalapril, antiinflamatorios no esteroides como Ibuprofeno y ansiolíticos sedantes hipnóticos como las benzodiacepinas entre otros. Fármacos todos que han sido implicados en la génesis de trastornos afectivos (30).

Los pacientes que diagnosticamos acudieron a consulta de morbilidad de adulto del centro, esto presupone una gama de causas por las cuales acudir por atención médica. **¿Qué hace que los pacientes con síndrome depresivo acudan a consulta?** Resultaría deseable suponer que estos mencionen alguno de los síntomas cardinales de la enfermedad durante la consulta. Por el contrario en nuestra revisión el 100% de los pacientes acudió por motivos diferentes a manifestaciones psiquiátricas, todos reflejaban quejas somáticas (ver Tabla VI). La somatización es un problema grave al que se enfrentan nuestros médicos, descrito en numerosos estudios, Kaplan & Sadock mencionan hasta 50% de los episodios depresivos no se detectan porque el estado de ánimo depresivo es menos evidente que otros síntomas del trastorno (30). Otros adjudican más de 70% de pacientes que franquean la entidad enmascarándola y sufriendo en silencio, reforzado por los médicos con tratamientos e intervenciones innecesarias y costosas (37).

Finalmente encontramos una diferencia significativa entre el número de probables casos de síndrome depresivo y la cantidad de pacientes encontrados deprimidos por los médicos de la institución, donde se realizó el estudio. Encontrando plasmado en el expediente clínico el diagnostico de depresión en 1.2% de la muestra

total en comparación a 33.3% que refirieron suficiente sintomatología depresiva para ser considerados casos de síndrome depresivo. Lo anterior está acorde con descripciones bibliográficas internacionales referentes a estudios de prevalencia de depresión en atención primaria, que indican tasas de diagnóstico inferiores a 50% de estos pacientes. Los investigadores ofrecieron algunas posibles razones de los hallazgos que incluían; la complejidad de las definiciones actuales de depresión, lo sutil que pueden llegar a ser los síntomas leves y moderados de la enfermedad y la brevedad junto a la inclinación somática que caracteriza a la consulta médica en atención primaria (28). En el país una investigación ampliamente citada en nuestro estudio encontró etiquetado con el diagnostico de depresión a 1.3% de los pacientes que integraron el marco muestral (14). Evidenciamos así un problema grave de salud pública, el síndrome depresivo pasa desapercibido en la consulta externa de medicina general en nuestros centros de atención primaria, la esfera psíquica de los pacientes no es abordada por nuestros médicos.

VIII.- CONCLUSIONES

◊ La prevalencia puntual de síndrome depresivo encontrada en nuestro estudio equivale a 33.1% de la muestra analizada, esta prevalencia es alta y se diferencia estadísticamente significativa con respecto a prevalencias encontradas tanto en estudios nacionales como internacionales.

◊ La totalidad de los pacientes diagnosticados con síndrome depresivo acudió a consulta aquejando síntomas somáticos.

◊ El diagnostico de depresión que figuró en los expedientes clínicos de 4/362 corresponde a (1.2%) de los pacientes que integraron la muestra.

IX.- RECOMENDACIONES

1. Realizar más estudios sobre la prevalencia de síndrome depresivo en diferentes ámbitos médicos con el fin de comprender el comportamiento y aspectos asociados a la entidad en la población nicaragüense.

2. Reorientar los servicios centralizados de salud mental hacia los centros de atención primaria, esperando integrar servicios de salud mental a programas de salud general.

3. Implementar mecanismos de detección de pacientes con trastornos mentales, bien sea, a través de cuestionarios disponibles en las salas de espera que sean de carácter obligatorio su llenado y seguimiento. O bien mecanismos directos que obliguen a los médicos de los centros a permanecer alerta y evaluar la psiquis de los usuarios en sus consultas médicas, haciendo cumplir estándares de calidad preestablecidos según las necesidades de los centros de atención.

4. Capacitar a recursos humanos en la detección y manejo de pacientes con síndrome depresivo, sobre todo a los médicos en formación desde las facultades de ciencias médicas universitarias.

5. Utilizar las estadísticas de los estudios del síndrome depresivo como evidencia para concientizar, a través de los medios de comunicación, a la población sobre este problema de salud pública, desestigmatizando la entidad.

X.- BIBLIOGRAFIA

(1) Levav I, González VR (2000). The rights of persons with mental illness in Central America. Acta Psiquiatrica Escandinava, **101**: 83-86.

(2) Sartorius N, (1998). Stigma: what can psychiatrists do about it? *The Lancet*, |**352** (9133): 1058-1059.

(3) National Institute of Health (NIH, 1992). Consensus Development Conference. Diagnosis and Treatment of Depression in Late life. JAMA. **268**:1018-1024.

(4) Rutz W, Knorring L, Walinder J, (1995). The long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. Psychiatric Scandinavian Act, 85: 83-88.

(5) Organización Mundial de la Salud (2001). Los recursos de salud mental en el mundo. Resultados iniciales del proyecto Atlas. Ginebra, OMS (nota descriptiva N° 260, abril 2001).

(6) Goldberg DP, Lecrubier Y, (1995). Form and frequency of mental disorders across centers. In: Ustün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general healthcare: an international study.* Social Science and Medicine, **47**:203-211.

(6) Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. Med Clin; **126:**445-51.

(7) Narrow WE, (1998). One-year prevalence of depressive disorders among adults 18 and over in the U.S.: NIMH ECA prospective data. Population estimates based on U.S. Census estimated residential population age 18 and over on July 1, 1998.

(8) Rice DP, Kelman S, Miller LS, Dummeyer S, (1990). The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985. Rockville, MD, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. Publication No. (ADM) 90-1694.

(10) Aguilar, G., Eduardo, H. y Berganza, C (1996). Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. Revista Latinoamericana de Psicología, 28 (2), 341-366.

(11) Instituto Nacional de Estadística de Honduras -INE (2002). La discapacidad en Tegucigalpa, Honduras: Autor ONU – Organización de las Naciones Unidas (1997). Disponible en URL: http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-301-1-comportamiento-de-la- depresion-en-el-adulto-mayor.html.

(12) Periódico La Nación (CR), La Depresión 1^{era} Causa de Incapacidad en Costa Rica. Publicado el 21 de Junio 2007. Disponible en URL: http://www.nacion.com/ln_ee/2007/junio/21/ultima-sr1141969.html.

(13) Canelo K, (2002). Incidencia y el tipo de la Depresión en pacientes que asisten al Programa de Dispensarizados en los centro de salud del SILAIS Carazo, en el segundo semestre del 2002. Tesis. UNAN Managua, Nicaragua.

(14) Medina M, López J, (2001). Prevalencia del Síndrome Depresivo en la Consulta Médica General de la Empresa Médica Provisional del Hospital Bautista. "Julio a Diciembre" 2001.Pág. 34. Tesis, UAM.

(15) **Ministerio de Salud de Nicaragua.** Distribución porcentual de las defunciones por grandes grupos de causas según SILAIS de residencia para el 2004. Oficina de estadística. Disponible en URL: http://www.minsa.gob.ni/planificacion/estadisticas/ind2005/distsilais.html.

(16) **Departamento de estadísticas- Instituto de Medicina Legal.** Informe estadístico de servicios forenses en Nicaragua. Año 2007. Disponible en URL: http://www.csj.gob.ni/arc-pdf/ml_anual07.pdf Pág. 56.

(17) **Ministerio de Salud de Nicaragua MINSA**. Suicidios en Nicaragua en el periodo 1999-2003. Semana 01, Año 2005. Disponible en URL: www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2005/editorial01.html

(18) **WHO/NMH/MBD, (2000).** Preventing suicide, a resource for primary care health care workers. 2000, **21** pages, document.

(19) **Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al, (2003)** The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; **289**(23):3095-105.

(20) **Martínez A, (2005).** Intentos de suicidios admitidos en el Hospital Docente de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes Managua, Nicaragua durante el período Agosto del año 2003 a Diciembre del 2005. Tesis. UNAN, Managua. p **23-25**.

(21) **Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C (2000).** The global burden of disease 2000 project: aims, methods and data sources. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Documento de trabajo N° 36 de GPE)

(22) **Gallegos A, Montero F, (1999).** Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. International Journal of Mental Health, **28**:25-30.

(23) Whitford H, et al. (2000). The Australian mental health system. International Journal of Law and Psychiatry. **23**(3-4):403-417.

(**24) Girolomo G, Cozza M, (2000).** The Italian Psychiatric reform: a 20-year perspective. International Journal of Law and Psychiatry. **23** (3-4): 197-214.

(25) Reynolds CF III, et al (1990): Sleep, Gender and Depression: An Analysis of gender effects on the electroencephalographic sleep of 302 depressed outpatients. Biol Psychiatry **28**:673-684.

(26) Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al, (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA; **272(22)**:1749–56. [PubMed]

(27) Cross-National Collaborative Group, (1992): The Changing rate of mayor depression: cross-national comparisons. JAMA **268**:3098-3105.

(28) Mitchell AJ et al, (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A meta-analysis. Lancet 2009 Aug 22; 374:609.

(29) Petronis KR, Samuels JF, et al, (1990): An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. Soc Psychiatry Epidemiol 25:193-193-199.

(30) Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, (1994). Versión española de la IV edición de la obra en lengua inglesa: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, APA. Pág. **330**

(31) American Psychiatry Association, (1984). American Psichiatric Glossary. Washington, DC. American Psychiatric Press.

(32) Glassman AH et al, (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. Journal of the American Medical Association, **264**:1546-1549.

(33) Regier DA et al, (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. Journal of the American Medical Association, **264**:2511-2518.

(34) Guridi, M et al, (2007). Comportamiento de la Depresión en el Adulto Mayor. Habana, Cuba. Disponible en URL: http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-301-1-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor.html

(35) Instituto Nacional de Estadística y Censo INEC. VIII Censo de población y IV de vivienda, Nicaragua, 2005. Disponible en **URL:**http://www.inide.gob.ni/censos2005/VolVivienda/Vol%20I/Vol.I%20Vivienda%20Departamentos%20Regiones%20Autonomas.pdf

(36) Pérez, A et al, (2005). Relación entre Depresión y práctica Religiosa un estudio exploratorio. LILACS, Suma psicol; 12(1):77-86, mayo 2005.

(37) Yepes R. Luis E, (1998). "Trastornos Depresivos" en: Toro G. Ricardo, J y Yepes, R. Fundamentos de medicina; Psiquiatría, cap. 11, III edición. CIB Medellin, 1998.

(38) Stordal, E et al, Monthly variation in prevalence rates of comorbid depression and anxiety in the general population at 63-65 degrees North: The HUNT study. JAffect Disord. 2008 Mar; 106(3):273-8. Epub 2007 Aug 17.

(39) Gabennesch H: When promises fail: a theory of the temporal fluctuations of suicide. *Soc Forces* 1988, **67**:129-145. Disponible en URL: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/40/#B18

(40) Ortega, M & Marván, M, (1997) Depresión y vacío existencial en mujeres profesionales que no ejercen su profesión. Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat; **43** (2):122-6, Jun. 1997. .

XI.- ANEXOS

11.1- TABLAS

Tabla I.- Prevalencia de Síndrome Depresivo en la consulta de morbilidad de adultos del "Centro de Salud Francisco Morazán".

Síndrome Depresivo	Frecuencia	Porcentaje	
Presente	120	33.1%	
Ausente	242	66.9%	
Total	362	100.0%	

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla II.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Edad de los pacientes.

Síndrome Depresivo	Presente	Ausente	Porcentaje Intergrupal		Porcentaje Intragrupal	
Edad	**Frecuencia**	***Frecuencia***	**Presente**	*Ausente*	**Presente**	*Ausente*
Adulto Joven	**68**	*184*	**56.60**	*76.10*	**26.90**	*73.10*
Adulto Maduro	**35**	*51*	**29.20**	*21.01*	**40.70**	*59.30*
Adulto Mayor	**17**	*7*	**14.20**	*2.89*	**70.70**	*29.30*
Total	**120**	***242***	**↓100↓**		**→100**	

$X^2 = 21.92$; gl = 2; *p-0.0000174*; Yates $X^2 = 19.658$; *p-0.0000538*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla III.- Distribución de Síndrome Depresivo según el Género de los pacientes.

Síndrome Depresivo	Presente	Ausente	Porcentaje Intergrupal		Porcentaje Intragrupal	
Género	**Frecuencia**	***Frecuencia***	**Presente**	*Ausente*	**Presente**	*Ausente*
Masculino	**23**	*57*	**19.20**	*23.50*	**28.70**	*71.30*
Femenino	**97**	*185*	**80.80**	*76.50*	**34.40**	*65.60*
Total	**120**	***242***	**↓100↓**		**→100**	

$X^2 = 0.897$; gl = 1; *p-0.3435*; Yates $X^2 = 0.66$; *p-0.417*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla IIII.- Distribución de Síndrome Depresivo según Estado Civil de los pacientes.

Síndrome Depresivo	Presente	Ausente	Porcentaje Intergrupal		Porcentaje Intragrupal	
Estado Civil	**Frecuencia**	***Frecuencia***	**Presente**	*Ausente*	**Presente**	*Ausente*
Unión de Hecho	**29**	*58*	**24.16**	*23.96*	**33.4**	*66.6*
Casado	**44**	*78*	**36.66**	*32.20*	**36.1**	*63.9*
Divorciado	**6**	*6*	**5.00**	*2.47*	**50**	*50*
Soltero	**32**	*89*	**26.66**	*36.78*	**26.5**	*73.5*
Viudo	**9**	*11*	**7.50**	*4.54*	**45**	*55*
Total	**120**	***242***	**↓100↓**		**→100**	

$X^2 = 5.73$; gl = 4; *p-0.221*; Yates $X^2 = 4.172$; *p-0.384*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla V.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Escolaridad de los pacientes.

Síndrome Depresivo	Presente	Ausente	Porcentaje Intergrupal		Porcentaje Intragrupal	
Escolaridad	**Frecuencia**	*Frecuencia*	**Presente**	*Ausente*	**Presente**	*Ausente*
Analfabeta	**11**	*16*	**9.16**	*6.61*	**40.70**	*59.30*
Primaria	**45**	*43*	**37.50**	*17.76*	**51.10**	*48.90*
Secundaria	**51**	*127*	**42.50**	*52.50*	**28.60**	*71.40*
Superior	**13**	*56*	**10.84**	*23.14*	**18.80**	*81.20*
Total	**120**	***242***	**↓100↓**		**→100**	

X^2 = 21.549; gl = 3; *p-0.0000809*; Yates X^2 = 19.624; *p-0.0000203*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla VI.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Religión de los pacientes.

Síndrome Depresivo	Presente	Ausente	Porcentaje Intergrupal		Porcentaje Intragrupal	
Religión	**Frecuencia**	*Frecuencia*	**Presente**	*Ausente*	**Presente**	*Ausente*
Católica	**53**	*93*	**44.2**	*38.5*	**36.3**	*63.7*
Evangélica	**46**	*86*	**38.3**	*35.5*	**34.8**	*65.2*
Otras	**7**	*12*	**5.8**	*4.9*	**36.8**	*63.2*
Ninguna	**14**	*51*	**11.7**	*21.1*	**21.6**	*78.4*
Total	**120**	***242***	**↓100↓**		**→100**	

X^2 = 4.898; gl = 3; *p-0.1795*; Yates X^2 = 4.081; *p-0.2529*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla VII.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Ocupación o Fuente de Ingreso de los pacientes.

Síndrome Depresivo	Presente	Ausente				
Ocupación o Fuente de Ingreso	**Frecuencia**	*Frecuencia*	**Porcentaje Intergrupal**		**Porcentaje Intragrupal**	
			Cases	*No Cases*	**Cases**	*No Cases*
Ama de Casa	**50**	*80*	**41.6**	*33.1*	**38.4**	*61.6*
Comerciante	**13**	*15*	**10.8**	*6.2*	**46.4**	*53.6*
Vigilante	**3**	*6*	**2.5**	*2.5*	**33.3**	*66.7*
Desempleado	**9**	*27*	**7.5**	*11.2*	**25**	*75*
Doméstica	**10**	*11*	**8.3**	*4.5*	**47.6**	*52.4*
Estudiante	**8**	*31*	**6.6**	*12.8*	**20.5**	*79.5*
Jubilado	**2**	*2*	**1.6**	*0.8*	**50**	*50*
Negocio Propio	**4**	*16*	**3.3**	*6.6*	**20**	*80*
Obrero	**16**	*32*	**13.3**	*13.2*	**33.3**	*76.6*
Profesional	**5**	*22*	**4.1**	*9.1*	**18.5**	*81.5*
Total	**120**	**242**	**↓100↓**		**→100**	

X^2 = 14.44; gl = 9; *p-0.1076*; Yates X^2 = 10.67; *p-0.29*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla VIII.- Síndrome Depresivo vs Ingesta crónica de Fármacos.

Síndrome Depresivo	Presente		Ausente		Total	
¿Toma usted algún medicamento o droga de manera permanente?	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**		**%**
Si	54	43.9	69	56.1	123	100
No	66	27.6	173	72.4	239	100

X^2 = 9.73; gl = 1; *p-0.00183*; Yates X^2 = 9; *p-0.0027*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla IX.- Distribución de Síndrome Depresivo según el Motivo de Consulta de los pacientes.

Síndrome Depresivo	Presente		Ausente	
Motivo de la Consulta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Consulta Ginecológica	26	0.217	65	0.269
Dolor Osteomuscular	19	0.158	19	0.079
Consulta Urológica	11	0.092	22	0.091
Molestia GI	10	0.083	23	0.095
Control de Enfermedad Crónica	9	0.075	15	0.062
Problema Respiratorio	9	0.075	25	0.103
Cefalea	8	0.067	13	0.054
Consulta Dermatológica	7	0.058	15	0.062
Resultado de Exámenes	6	0.05	16	0.066
Otros	6	0.05	7	0.029
Dolor de oído	2	0.017	1	0.004
Mareo	2	0.017	2	0.008
Calambres en las piernas	1	0.008	0	0
Problemas para dormir	1	0.008	0	0
Dolor torácico	1	0.008	0	0
Chequeo General	1	0.008	2	0.008
Sofoque, tensión	1	0.008	0	0
PA alta, dolor de cabeza	0	0	1	0.004
Pérdida de peso	0	0	1	0.004
Fiebre	0	0	1	0.004
Malestar general	0	0	1	0.004
Dolor facial	0	0	5	0.021
Dolor mitad derecha y garganta	0	0	1	0.004
Acusia	0	0	1	0.004
Ansiedad, insomnio	0	0	1	0.004
Cansancio	0	0	3	0.012
Consulta Oftalmológica	0	0	2	0.008
Total	120	1	242	1

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla X.- Distribución del diagnostico de Síndrome Depresivo según los médicos de la institución y los pacientes encuestados.

Síndrome Depresivo	Médicos	Encuestados
Presente	4	120
Total	**362**	**362**

Fuente: Expedientes Clínicos del "Centro de Salud Francisco Morazán" y Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla XI.- Contraste de prevalencia de Síndrome Depresivo de los Estudios A y B.

Síndrome Depresivo	Estudio A		Estudio B		Total
Presente	120	33.3%	209	26.7%	**329**
Ausente	242	66.7%	573	73.3%	**815**
Total	**362**	**100%**	**782**	**100%**	**1144**

$X^2 = 4.982$; gl = 1; *p-0.027*; Yates $X^2 = 4.67$; *p-0.031*

Fuente: Resultados de Estudios: A.- Arauz, A. (2009); B.- Medina & López, (2005).

11.2- GRÁFICOS.

Gráfico I.- Prevalencia de Síndrome Depresivo en la consulta de morbilidad de adultos del centro de salud "Francisco Morazán".

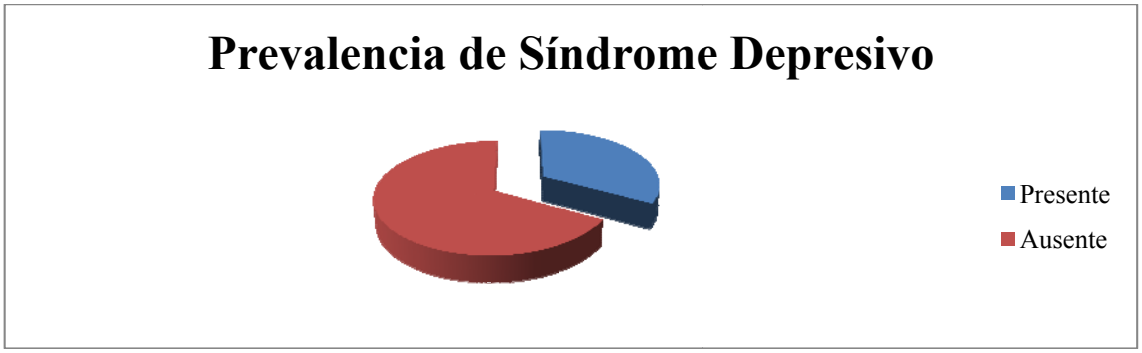


Gráfico I.- Prevalencia de Síndrome Depresivo. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico II.- Distribución de Síndrome Depresivo según la edad de los pacientes.

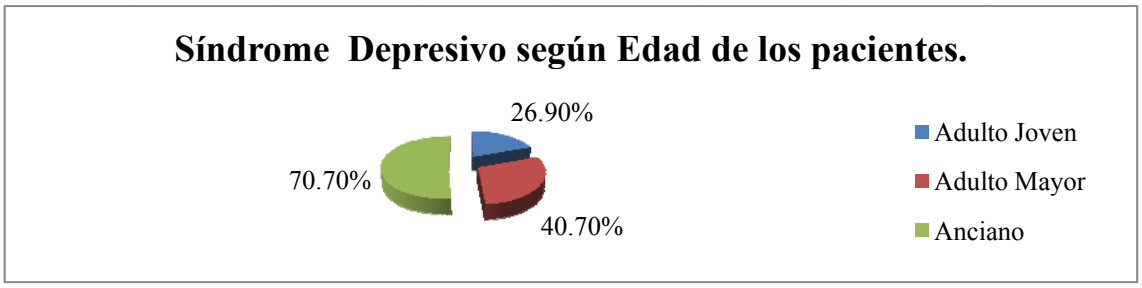


Gráfico II.- Síndrome Depresivo vs Edad. Porcentaje Intragrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico III.- Distribución de Síndrome Depresivo según el Género de los pacientes.

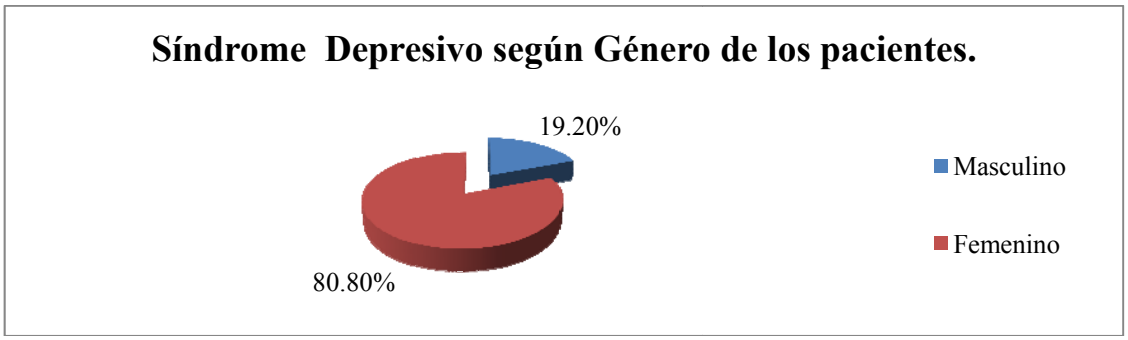


Gráfico III.- Síndrome Depresivo (x) según Género. Porcentaje Intergrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

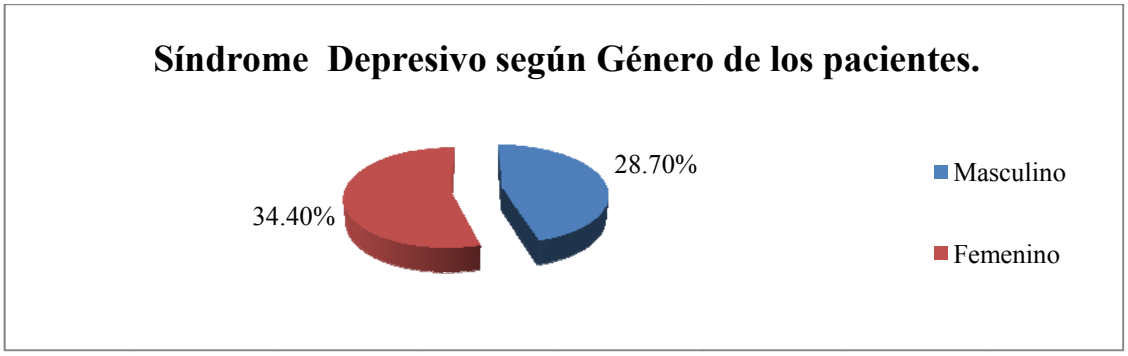


Gráfico III.- Síndrome Depresivo según Género (x). Porcentaje Intragrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico IIII.- Distribución de Síndrome Depresivo según Estado Civil de los pacientes.

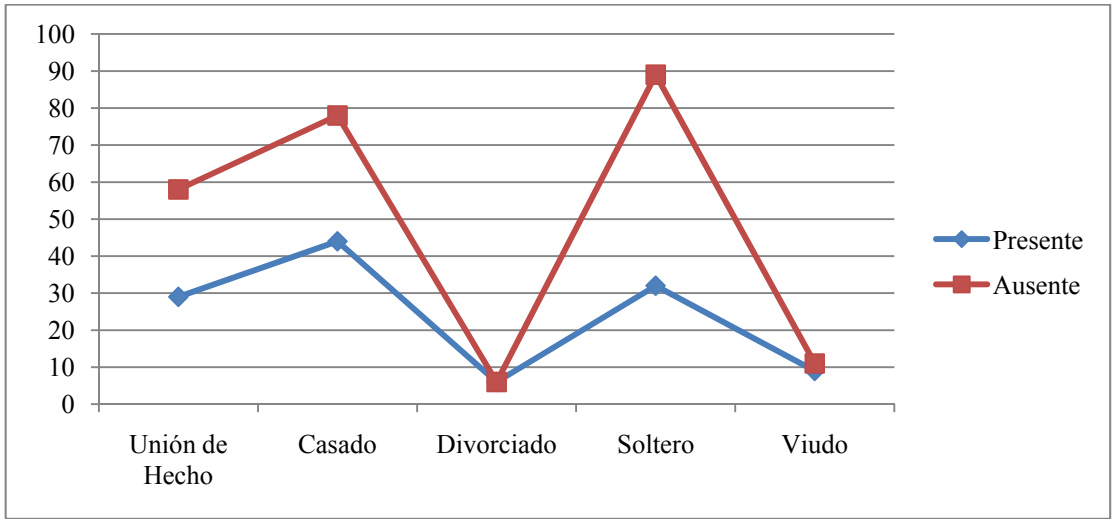


Gráfico IIII.- Síndrome Depresivo vs Estado Civil. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico V.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Escolaridad de los pacientes.

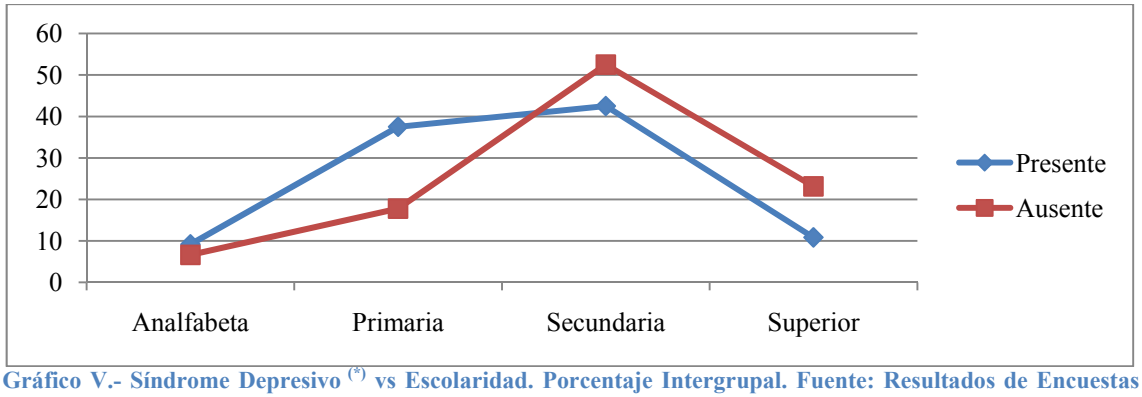


Gráfico V.- Síndrome Depresivo (*) vs Escolaridad. Porcentaje Intergrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico V.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Escolaridad de los pacientes.

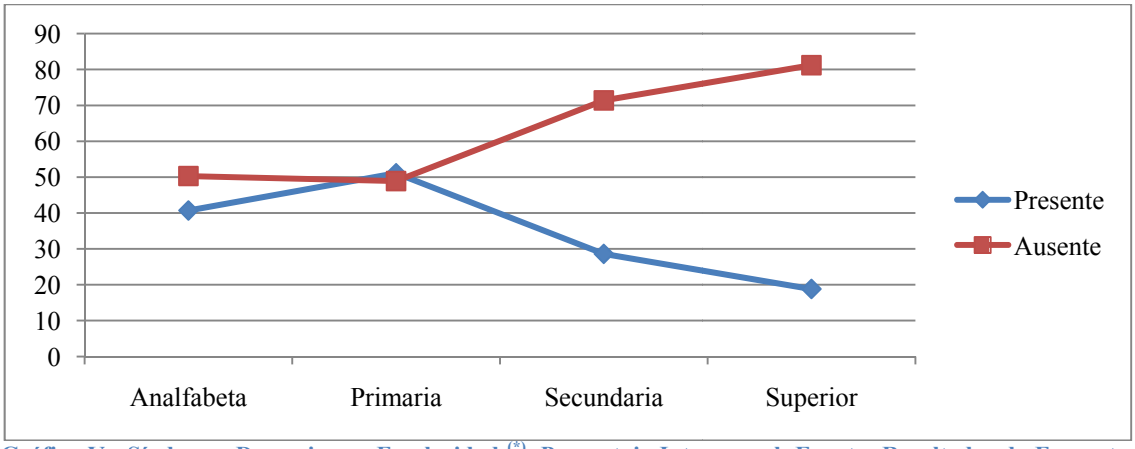


Gráfico V.- Síndrome Depresivo vs Escolaridad (*). Porcentaje Intragrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico VI.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Religión de los pacientes.

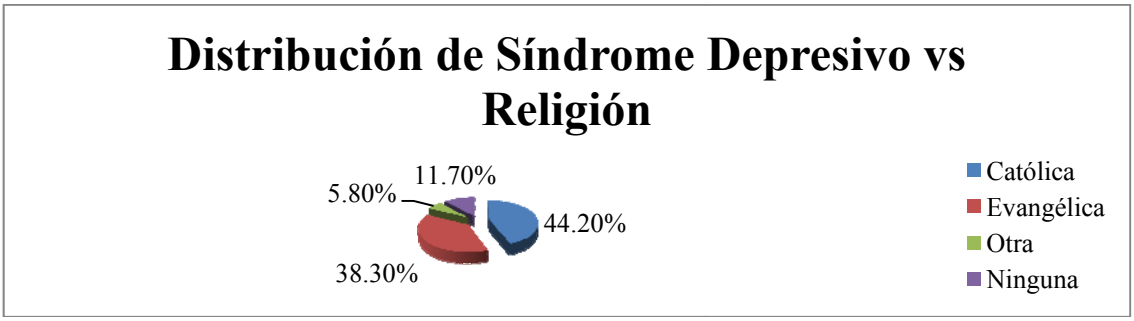


Gráfico VI.- Síndrome Depresivo vs Religión de los pacientes. Distribución Intergrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

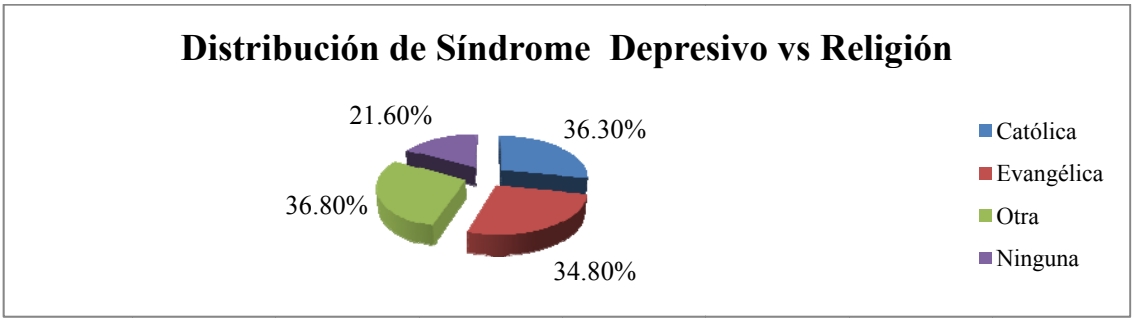


Gráfico VI.- Síndrome Depresivo vs Religión de los pacientes. Distribución Intragrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico VII.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Ocupación o Fuente de Ingreso de los pacientes.

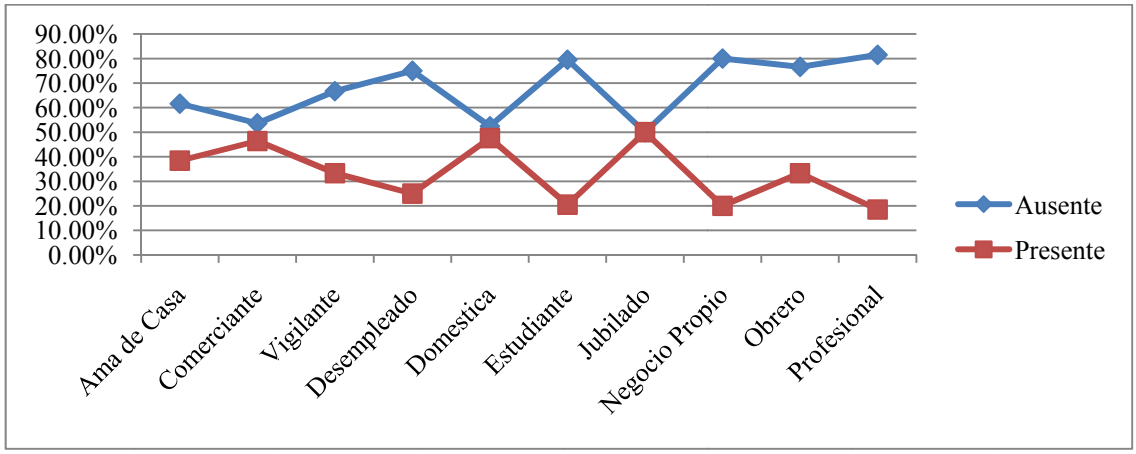


Gráfico VII.- Síndrome Depresivo vs Ocupación o Fuente de Ingresos. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico VIII.- Síndrome Depresivo vs Ingesta crónica de Fármacos.

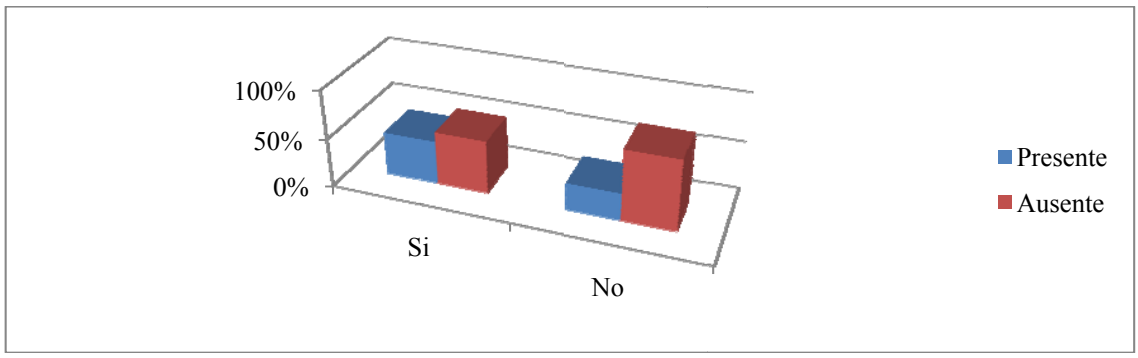


Gráfico VIII.- Distribución de Síndrome Depresivo según ingesta crónica de Fármacos. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

.

Gráfico X.- Distribución del diagnostico de Síndrome Depresivo según los médicos de la institución y los pacientes encuestados.

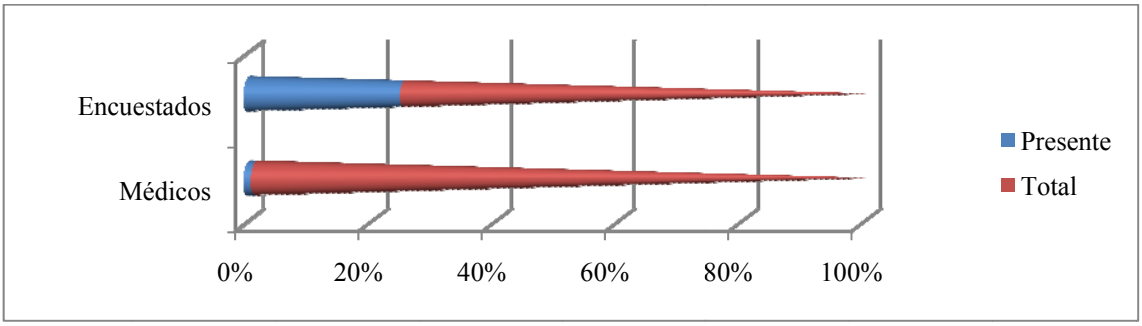


Gráfico X Diagnóstico de Síndrome Depresivo según Médicos de la institucion y Resultados de Encuestas. Fuente: Tabla X.

11.3- ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Según lo dispuesto en la Ley No 423, Ley General de Salud, capítulo II, De los derechos y obligaciones de los Usuarios, artículo 8 Derechos de los Usuarios, numeral 4, 7 y 8, es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario.[†] Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, y las posibles complicaciones que se pueden presentar, por lo que solicitamos llene de su puño y letra clara los siguientes espacios en blanco.

Número de Expediente:_____
Código Numeral:_____
Manifiestan: Que el profesional de la salud_____ me ha explicado la siguiente **información sobre** (Estudio de Prevalencia de Depresión en la consulta de morbilidad de adulto del Centro de Salud "Francisco Morazán"):

1- Se trata de una encuesta estructurada y dirigida basada en criterios diagnósticos para Síndrome Depresivo
2- Se mantendrá el carácter confidencial de la información, omitiendo el nombre del usuario

Rubrica del usuario o representante legal: _____
Escriba <u>SÍ o NO en los espacios en blanco:</u>

- **Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo_____**
- **El doctor/a me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto_____**
- **También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento y eximir al doctor de mi atención_____**

[†] Ley General de Salud y Reglamento, Ley # 423 del 27 de Febrero 2003.

UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
ENCUESTA
PREVALENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL EN EL CENTRO DE SALUD "FRANCISCO MORAZAN" EN EL MES DE MAYO DE AÑO 2009.

CODIGO NUMERAL: _____ ***"Ingrese la información pertinente"***

I. MOTIVO DE CONSULTA: _____

II. DIAGNOSTICO MEDICO: _____

III. DATOS GENERALES: ***"Seleccione una casilla adecuada"***

Género: Femenino ☐ Masculino ☐

Edad: 18-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-64 ☐ >65 ☐

Escolaridad: Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐

Estado Civil: Soltero ☐ Unión de Hecho ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐

Ocupación o fuente de ingreso: _____

Religión: Católico ☐ Evangélico ☐ Ninguna ☐
Otra: _____

IV. DATOS CLÍNICOS:

1. ¿Se siente triste casi todos los días? ☐ Si ☐ No
2. ¿Ha perdido el interés en las cosas? ☐ Si ☐ No
3. ¿Tiene dificultad en disfrutar las actividades diarias? ☐ Si ☐ No
4. ¿Llora usted con frecuencia y sin motivo aparente? ☐ Si ☐ No
5. ¿Ha perdido o incrementado su apetito o continua igual? ☐ Si ☐ No
6. ¿Tiene dificultad para dormir casi todos los días? ☐ Si ☐ No
7. ¿Duerme mucho casi todos los días comparado a antes? ☐ Si ☐ No
8. ¿Se siente nervioso la mayor parte del tiempo? ☐ Si ☐ No
9. ¿Se cansa o siente cansado la mayor parte del tiempo? ☐ Si ☐ No
10. ¿Se siente con frecuencia que usted es una persona inútil? ☐ Si ☐ No
11. ¿Se siente culpable por lo que pasa o ha pasado usted o los demás? ☐ Si ☐ No
12. ¿Tiene dificultad en tomar decisiones o pensar claramente? ☐ Si ☐ No
13. ¿Tiene dificultad para concentrarse en lo que hace? ☐ Si ☐ No
14. ¿Ha pensado terminar con su vida? ☐ Si ☐ No
15. ¿Ha pensado en un plan específico para terminar con su vida? ☐ Si ☐ No
16. ¿Cuánto tiempo ha tenido usted los síntomas mencionados? ☐ Si ☐ No
    2 Sem ☐ > 2 sem ☐ > 1 año > 2 años ☐
17. ¿Ha sufrido una pérdida importante en los últimos 2 meses? ☐ Cónyuge ☐ Familiar ☐ Amigo
    Otro: _____
18. ¿Es usted portador de alguna enfermedad crónica? ☐ Si ☐ No
19. ¿Toma usted algún medicamento o droga de manera permanente? ☐ Si ☐ No Cual:

Fecha: _____ Entrevistador: _____

11.4- ANEXO III

Ministerio de Salud

SILAIS Managua

Centro de Salud "Francisco Morazán"

Cronológico de Servicios Ambulatorios

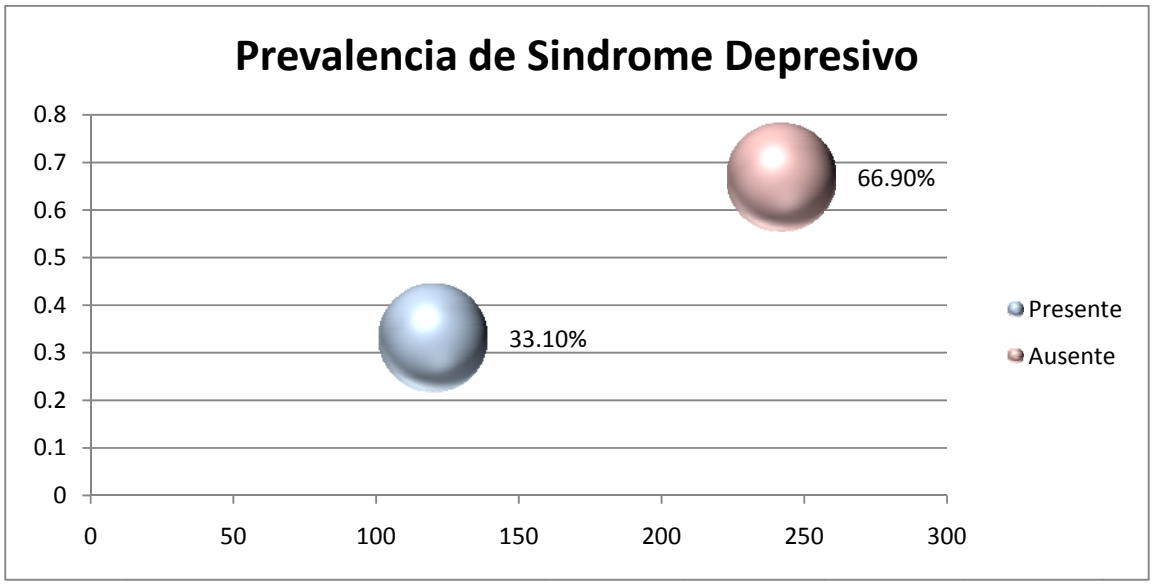
Flujo de pacientes.

Períodos	GRUPO DE EDADES						Total	Promedio
	18-19	20-34	35-49	50-59	60-64	> 65		
Mayo 2007	562	2,172	1,165	790	309	615	5,613	5,655
Mayo 2008	527	1,944	1,140	824	282	630	5,347	
Mayo 2009	586	2,069	1,304	929	336	783	6,007	

Fuente: Estadística del "Centro de Salud Francisco Morazán.

XI.- ANEXO.- I

Gráfico I.- Prevalencia del Síndrome Depresivo en la consulta de morbilidad de adultos del "Centro de Salud Francisco Morazán".



Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla I.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Edad de los pacientes.

Síndrome Depresivo	**Presente**	**Ausente**	**Porcentaje Intergrupal**		**Porcentaje Intragrupal**	
Edad	**Frecuencia**	***Frecuencia***	**Presente**	*Ausente*	**Presente**	*Ausente*
Adulto Joven	**68**	*184*	**56.60**	*76.10*	**26.90**	*73.10*
Adulto Maduro	**35**	*51*	**29.20**	*21.01*	**40.70**	*59.30*
Adulto Mayor	**17**	*7*	**14.20**	*2.89*	**70.70**	*29.30*
Total	**120**	***242***	**↓100↓**		**→100**	

$X^2 = 21.92$; gl = 2; *p-0.0000174*; Yates $X^2 = 19.658$; *p-0.0000538*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico II.- Distribución de Síndrome Depresivo según el Género de los pacientes.

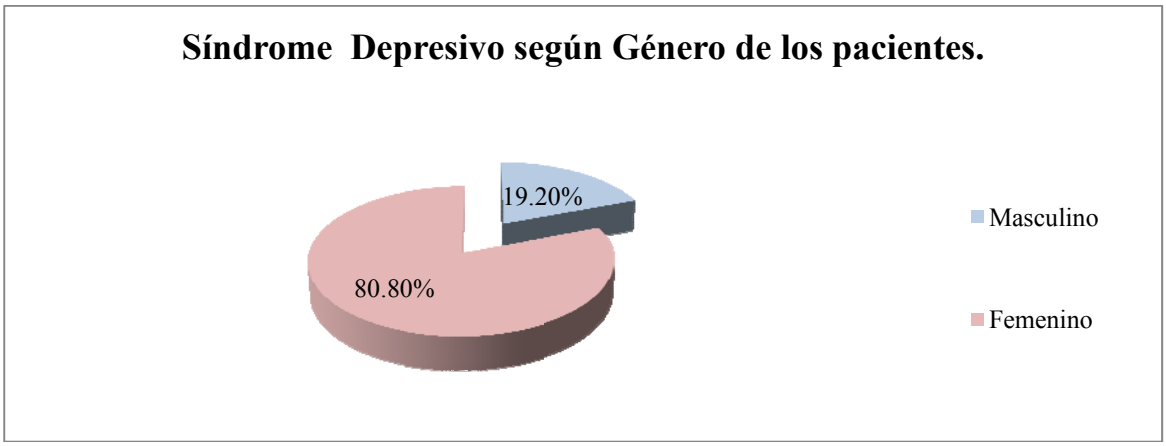


Gráfico IIa.- Síndrome Depresivo (x) según Género. Porcentaje Intergrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

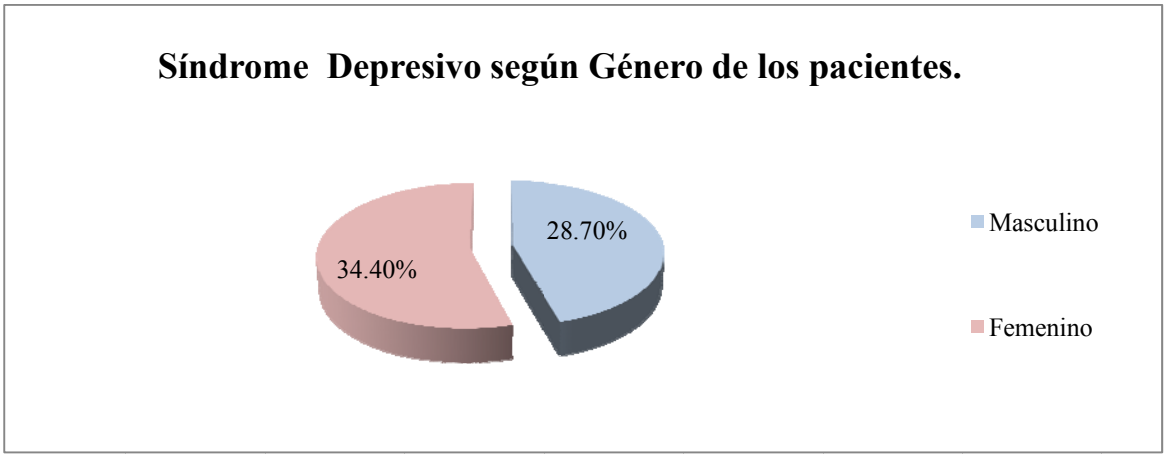


Gráfico IIb.- Síndrome Depresivo según Género (x). Porcentaje Intragrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

$X^2 = 0.897$; gl = 1; *p-0.3435*; Yates $X^2 = 0.66$; *p-0.417*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla II.- Distribución de Síndrome Depresivo según Estado Civil de los pacientes.

Síndrome Depresivo	**Presente**	**Ausente**	**Porcentaje Intergrupal**		**Porcentaje Intragrupal**	
Estado Civil	**Frecuencia**	***Frecuencia***	**Presente**	*Ausente*	**Presente**	*Ausente*
Unión de Hecho	**29**	*58*	**24.16**	*23.96*	**33.4**	*66.6*
Casado	**44**	*78*	**36.66**	*32.20*	**36.1**	*63.9*
Divorciado	**6**	*6*	**5.00**	*2.47*	**50**	*50*
Soltero	**32**	*89*	**26.66**	*36.78*	**26.5**	*73.5*
Viudo	**9**	*11*	**7.50**	*4.54*	**45**	*55*
Total	**120**	***242***	**↓100↓**		**→100**	

X^2 = 5.73; gl = 4; *p-0.221*; Yates X^2 = 4.172; *p-0.384*
Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla III.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Escolaridad de los pacientes.

Síndrome Depresivo	**Presente**	**Ausente**	**Porcentaje Intergrupal**		**Porcentaje Intragrupal**	
Escolaridad	**Frecuencia**	*Frecuencia*	**Presente**	*Ausente*	**Presente**	*Ausente*
Analfabeta	**11**	*16*	**9.16**	*6.61*	**40.70**	*59.30*
Primaria	**45**	*43*	**37.50**	*17.76*	**51.10**	*48.90*
Secundaria	**51**	*127*	**42.50**	*52.50*	**28.60**	*71.40*
Superior	**13**	*56*	**10.84**	*23.14*	**18.80**	*81.20*
Total	**120**	***242***	**↓100↓**		**→100**	

X^2 = 21.549; gl = 3; *p-0.0000809*; Yates X^2 = 19.624; *p-0.0000203*
Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico III.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Escolaridad de los pacientes.

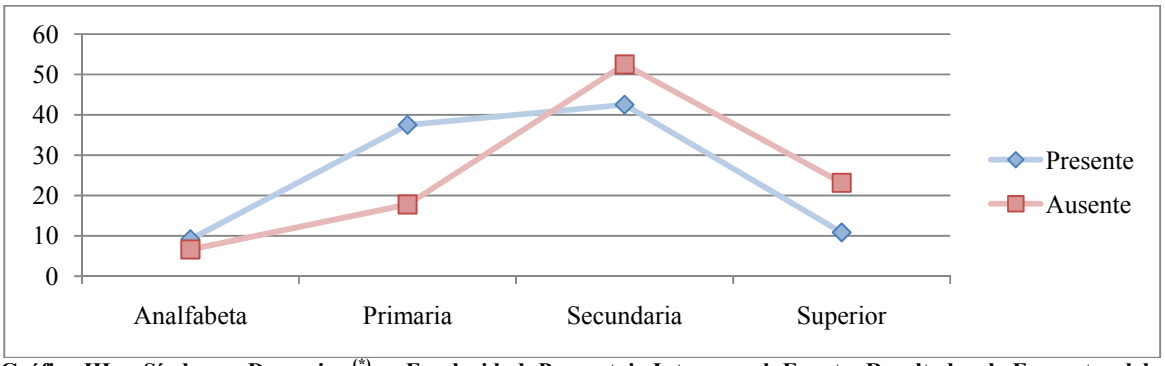


Gráfico IIIa.- Síndrome Depresivo (*) vs Escolaridad. Porcentaje Intergrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico III-b.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Escolaridad de los pacientes.

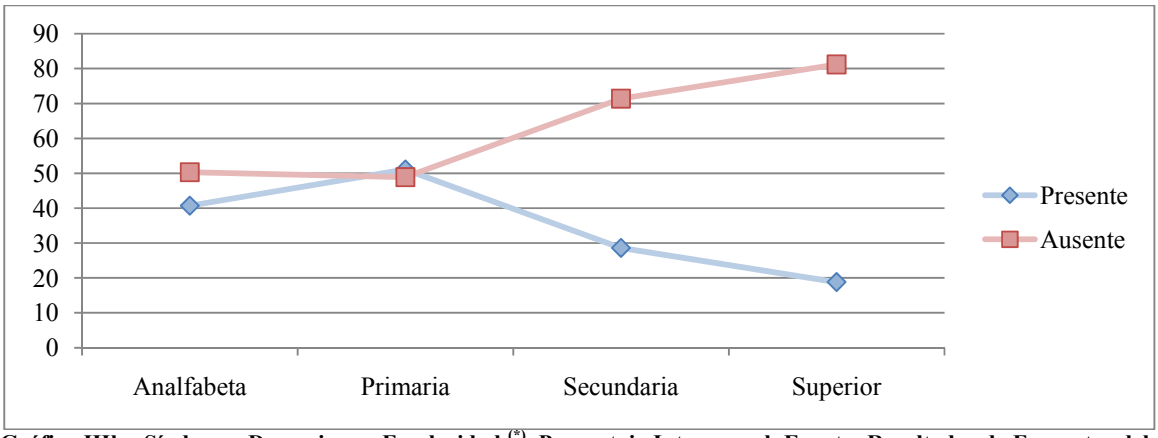


Gráfico IIIb.- Síndrome Depresivo vs Escolaridad (*). Porcentaje Intragrupal. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

$X^2 = 21.549$; gl = 3; *p-0.0000809*; Yates $X^2 = 19.624$; *p-0.0000203*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla IV.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Religión de los pacientes.

Síndrome Depresivo	**Presente**	**Ausente**	**Porcentaje Intergrupal**		**Porcentaje Intragrupal**	
Religión	**Frecuencia**	*Frecuencia*	**Presente**	*Ausente*	**Presente**	*Ausente*
Católica	**53**	*93*	**44.2**	*38.5*	**36.3**	*63.7*
Evangélica	**46**	*86*	**38.3**	*35.5*	**34.8**	*65.2*
Otras	**7**	*12*	**5.8**	*4.9*	**36.8**	*63.2*
Ninguna	**14**	*51*	**11.7**	*21.1*	**21.6**	*78.4*
Total	**120**	***242***	**↓100↓**		**→100**	

$X^2 = 4.898$; gl = 3; *p-0.1795*; Yates $X^2 = 4.081$; *p-0.2529*
Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico IIII.- Síndrome Depresivo vs Ingesta crónica de Fármacos.

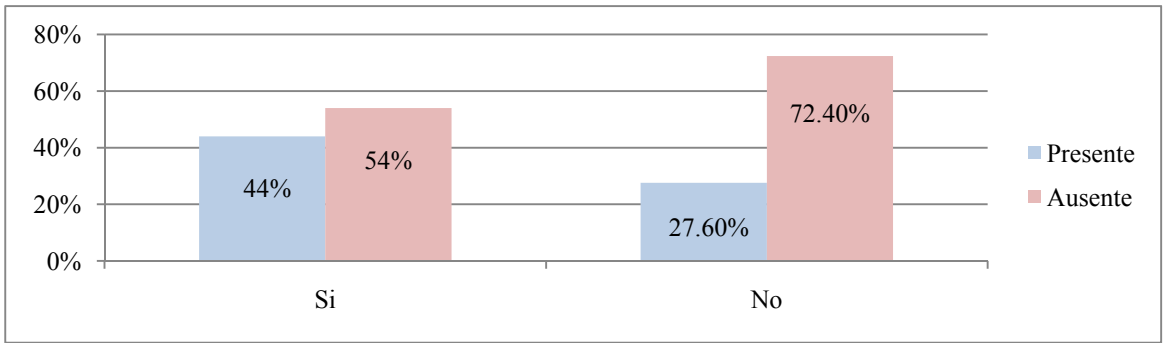


Gráfico IIII.- Distribución de Síndrome Depresivo según ingesta crónica de Fármacos. Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

$X^2 = 9.73$; gl = 1; *p-0.00183*; Yates $X^2 = 9$; *p-0.0027*
Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla V.- Distribución de Síndrome Depresivo según la Ocupación o Fuente de Ingreso de los pacientes.

Síndrome Depresivo	**Presente**	**Ausente**	**Porcentaje Intergrupal**		**Porcentaje Intragrupal**	
Ocupación o Fuente de Ingreso	**Frecuencia**	*Frecuencia*	**Cases**	*No Cases*	**Cases**	*No Cases*
Ama de Casa	**50**	*80*	**41.6**	*33.1*	**38.4**	*61.6*
Obrero	**16**	*32*	**13.3**	*13.2*	**33.3**	*76.6*
Comerciante	**13**	*15*	**10.8**	*6.2*	**46.4**	*53.6*
Doméstica	**10**	*11*	**8.3**	*4.5*	**47.6**	*52.4*
Desempleado	**9**	*27*	**7.5**	*11.2*	**25**	*75*
Estudiante	**8**	*31*	**6.6**	*12.8*	**20.5**	*79.5*
Profesional	**5**	*22*	**4.1**	*9.1*	**18.5**	*81.5*
Negocio Propio	**4**	*16*	**3.3**	*6.6*	**20**	*80*
Vigilante	**3**	*6*	**2.5**	*2.5*	**33.3**	*66.7*
Jubilado	**2**	*2*	**1.6**	*0.8*	**50**	*50*
Total	**120**	**242**	**↓100↓**		**→100**	

X^2 = 14.44; gl = 9; *p-0.1076*; Yates X^2 = 10.67; *p-0.29*

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla VI.- Distribución de Síndrome Depresivo según el Motivo de Consulta de los pacientes.

Síndrome Depresivo	Presente		Ausente	
Motivo de la Consulta	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Consulta Ginecológica	26	21.7	65	26.9
Dolor Osteomuscular	19	15.8	19	7.9
Consulta Urológica	11	9.2	22	9.1
Molestia GI	10	8.3	23	9.5
Control de Enfermedad Crónica	9	7.5	15	6.2
Problema Respiratorio	9	7.5	25	10.3
Cefalea	8	6.7	13	5.4
Consulta Dermatológica	7	5.8	15	6.2
Resultado de Exámenes	6	5.0	16	6.6
Otros	15	12.5	29	2.9
Total	120	100	242	100

Fuente: Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Gráfico V.- Distribución del diagnostico de Síndrome Depresivo según los médicos de la institución y los pacientes encuestados.

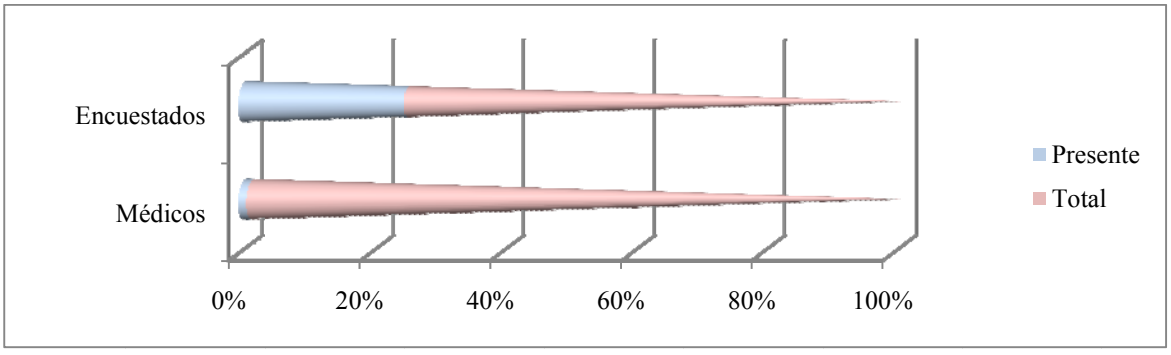


Gráfico V.- Expedientes Clínicos del "Centro de Salud Francisco Morazán" y Resultados de Encuestas del Estudio de Arauz, A. (2009)

Tabla VII.- Contraste de prevalencia de Síndrome Depresivo de los Estudios A y B.

Síndrome Depresivo	Estudio A		Estudio B		Total
Presente	120	33.3%	209	26.7%	**329**
Ausente	242	66.7%	573	73.3%	**815**
Total	**362**	**100%**	**782**	**100%**	**1144**

$X^2 = 4.982$; gl = 1; *p-0.027*; Yates $X^2 = 4.67$; *p-0.031*

Fuente: Resultados de Estudios: A.- Arauz, A. (2009); B.- Medina & López, (2005).

UNIVERSIDAD AMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
ENCUESTA
PREVALENCIA SINDROME DEPRESIVO CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL CENTRO DE SALUD "FRANCISCO MORAZAN" MAYO 2009.

CODIGO NUMERAL: _____ ***"Ingrese la información pertinente"***

I. MOTIVO DE CONSULTA: _____

II. DIAGNOSTICO MEDICO: _____

III. DATOS GENERALES: ***"Seleccione una casilla adecuada"***

Género: Femenino ☐ Masculino ☐
Edad: 18-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-64 ☐ >65 ☐

Escolaridad: Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Universidad ☐

Estado Civil: Soltero ☐ Unión de Hecho ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐
Ocupación o fuente de ingreso: _____

Religión: Católico ☐ Evangélico ☐ Ninguna ☐
Otra: _____

IV. DATOS CLÍNICOS:

1.	¿Se siente triste casi todos los días?	☐ Si	☐ No
2.	¿Ha perdido el interés en las cosas?	☐ Si	☐ No
3.	¿Tiene dificultad en disfrutar las actividades diarias?	☐ Si	☐ No
4.	¿Llora usted con frecuencia y sin motivo aparente?	☐ Si	☐ No
5.	¿Ha perdido o incrementado su apetito o continua igual?	☐ Si	☐ No
6.	¿Tiene dificultad para dormir casi todos los días?	☐ Si	☐ No
7.	¿Duerme mucho casi todos los días comparado a antes?	☐ Si	☐ No
8.	¿Se siente nervioso la mayor parte del tiempo?	☐ Si	☐ No
9.	¿Se cansa o siente cansado la mayor parte del tiempo?	☐ Si	☐ No
10.	¿Se siente con frecuencia que usted es una persona inútil?	☐ Si	☐ No
11.	¿Se siente culpable por lo que pasa o ha pasado usted o los demás?	☐ Si	☐ No
12.	¿Tiene dificultad en tomar decisiones o pensar claramente?	☐ Si	☐ No
13.	¿Tiene dificultad para concentrarse en lo que hace?	☐ Si	☐ No
14.	¿Ha pensado terminar con su vida?	☐ Si	☐ No
15.	¿Ha pensado en un plan específico para terminar con su vida?	☐ Si	☐ No
16.	¿Cuánto tiempo ha tenido usted los síntomas mencionados?	☐ Si	☐ No
	2 Sem ☐ > 2 sem ☐ > 1 año > 2 años ☐		
17.	¿Ha sufrido una pérdida importante en los últimos 2 meses? ☐ Cónyuge ☐ Familiar ☐ Otro: _____		
18.	¿Es usted portador de alguna enfermedad crónica?	☐ Si	☐ No
19.	¿Toma usted algún medicamento o droga de manera permanente?	☐ Si	☐ No Cual:

Fecha: _____ Entrevistador: _____

11.3- ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Según lo dispuesto en la Ley No 423, Ley General de Salud, capítulo II, De los derechos y obligaciones de los Usuarios, artículo 8 Derechos de los Usuarios, numeral 4, 7 y 8, es un derecho de los y las pacientes a ser informado/a de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento, y a recibir la consejería por personal capacitado antes y después de la realización de los exámenes y procedimientos establecidos en los protocolos y reglamentos. El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico que se le debe asignar, de que se le comunique todo aquello que sea necesario para que su consentimiento esté plenamente informado en forma previa a cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que pueda evaluar y conocer el procedimiento o tratamiento alternativo o específico, los riesgos médicos asociados y la probable duración de la discapacidad. El consentimiento deberá constar por escrito por parte del usuario.[1] Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, y las posibles complicaciones que se pueden presentar, por lo que solicitamos llene de su puño y letra clara los siguientes espacios en blanco.

Número de Expediente:_____
Código Numeral:_____
Manifiestan: Que el profesional de la salud_____ me ha explicado la siguiente **información sobre** (Estudio de Prevalencia de Depresión en la consulta de morbilidad de adulto del Centro de Salud "Francisco Morazán"):

1- Se trata de una encuesta estructurada y dirigida basada en criterios diagnósticos para Síndrome Depresivo
2- Se mantendrá el carácter confidencial de la información, omitiendo el nombre del usuario

Rubrica del usuario o representante legal: _____
Escriba SÍ o NO en los espacios en blanco:

- **Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo_____**
- **El doctor/a me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto_____**
- **También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento y eximir al doctor de mi atención_____**

[1] Ley General de Salud y Reglamento, Ley # 423 del 27 de Febrero 2003.

11.4- ANEXO III

Ministerio de Salud

SILAIS Managua

Centro de Salud "Francisco Morazán"

Cronológico de Servicios Ambulatorios

Flujo de pacientes.

Períodos	GRUPO DE EDADES						Total	Promedio
	18-19	20-34	35-49	50-59	60-64	> 65		
Mayo 2007	562	2,172	1,165	790	309	615	5,613	5,655
Mayo 2008	527	1,944	1,140	824	282	630	5,347	
Mayo 2009	586	2,069	1,304	929	336	783	6,007	

Fuente: Estadística del "Centro de Salud Francisco Morazán.