031209

EF
#0117 S

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN ADULTOS CARI AÑO 2003.

AURELIA SALAZAR
CARMEN CARRASQUILLA S.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

CORPORACION MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE ENFERMERIA VII SEM. (TARDE).
BARRANQUILLA
2004

SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO 4031209

PRECIO

FECHA 01-16-2008

CANJE DONACION

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN ADULTOS CARI AÑO 2003.

AURELIA SALAZAR
CARMEN CARRASQUILLA S.

TRABAJO DE INTRODUCCION A LA INVESTIGACCION

ASESOR:
Dr. CARLOS ALVAREZ LLANOS
Médico Ocupacional, Epidemiólogo y Pedagogo.
Docente del Área de Investigación

CORPORACION MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE ENFERMERIA VII SEM. (TARDE).
BARRANQUILLA
2004

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, por haberme dado la vida y todo lo que soy.

A mi Esposo, Oswaldo Bossio, todo mi amor por su apoyo Incondicional de brindarme la oportunidad de hacer realidad mis sueños y haber confiado en mi. Gracias!

A mis hijos Carmen Raquel y Oswaldo José, la razón de mi vida, gracias por Ser tan pacientes y ayudarme en los trabajos cuando mas lo necesitaba.

A mis padres gracias por su dedicación y amor. A mi madre, Carmen Serrano gracias, te dedico todos mis esfuerzos, mis ilusiones y mi éxito profesional

A papi José Carrasquilla (Q.E.P.D), que desde el Cielo cuida mi andar y no pudo verme profesional que era su sueño, pero me dará la protección e intercederá ante Dios todopoderoso para lograr todos mis objetivos.

A mis hermanos, que por su constante lucha política, me apoyaron para alcanzar mi meta.

Al señor Marco T. Calderón M, por su apoyo incondicional en las ayudas educativas para alcanzar mi meta, doy gracias a Dios y pido todos los días que le proteja para que pueda hacer realidad los sueños en muchas familias.

A todas las personas allegadas, que contribuyeron en mi formación como persona, como mujer y profesional Dios les Bendiga y multiplique en salud y prosperidad.

OCEANICAS GRACIAS!!!
CARMEN CARRAQUILLA SERRANO

DEDICATORIA

A Dios por todo lo que me ha permitido lograr en la vida.

A mi esposo Francisco Henríquez, gracias por su amor, apoyo y paciencia. Sin tu ayuda no hubiera podido hacer realidad este sueño, gracias también por haber confiado en mí.

A mis hijas Ana Paola y Julieth, gracias por ser unas niñas juiciosas que me ayudaron en el proceso de educación.

A mi madre Ana Rodríguez, por su amor, dedicación y apoyo incondicional para alcanzar todos mis logros. Dios te Bendiga Mami. A mi padre Jaime Salazar (Q.E.P.D) que desde el cielo me cuida y cada día me da nuevas fuerzas para el logro de mis metas.

A mis hermanos, que con sus concejos y apoyo en este largo camino fueron fichas claves para culminar este sueño. Gracias.

Y a todas aquellas personas anónimas que aportaron un granito de arena en mi formación.

MIL Y, MIL GRACIAS!!

AURELIA SALAZAR RODRIGUEZ

AGRADECIMIENTOS

A nuestro padre Celestial.

A la Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar y, a su Facultad de enfermería por tan excelente programa de Investigación en Salud.

A los Docentes de esta área que han contribuido en nuestro proceso de formación desde el inicio de esta investigación, en especial a los Docentes: Luz Marina Antequera, Nayide Barahona, Marena Rodríguez, Alcibíades García, Yaniris Maury, Caroll Ojeda y Dr. Carlos Álvarez.

Al Centro de Atención y Rehabilitación Integración CARI, y su Departamento de Estadísticas, por confiar en nosotras y facilitarnos las Historias Clínicas para este estudio, en especial Johann, el Sr. Marlon y Daniel.

Aurelia Salazar y Carmen Carrasquilla.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

CONTENIDO

	Pág.
0. INTRODUCCIÓN	7
1. RESULTADOS	20
2. CONCLUSIONES	40
3. RECOMENDACIONES	51
4. BIBLIOGRAFÍAS	54
ANEXOS	56

CUADRO DE VARIABLES
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION
BASE DE DATOS

LISTA DE TABLAS

Pág.

TABLA 1
Edad asociada a la depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 20

TABLA 2
Sexo asociado a la depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 21

TABLA 3
Grupo étnico y factores asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 22

TABLA 4
Nivel de escolaridad asociados a la depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 23

TABLA 5
Estado civil asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 24

TABLA 6
Estratos asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 25

TABLA 7
Religión asociada a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 26

TABLA 8
Ocupación en adultos y factores asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 27

TABLA 9
Variación de peso corporal asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 28

TABLA 10
Antecedentes hereditarios asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 29

TABLA 11
Padecimiento de otras enfermedades asociadas a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 30

TABLA 12
Síntomas asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 31

TABLA 13
Apoyo familiar asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 32

TABLA 14
Dependencia económica asociada a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 33

TABLA 15
Antecedentes de la enfermedad asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 34

TABLA 16
Relaciones satisfactorias asociadas a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 35

TABLA 17
Orden que ocupa el usuario en la familia nuclear asociadas a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 36

TABLA 18
Estudios paraclínicos asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 37

TABLA 19
Diagnostico asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 38

TABLA 20
Tratamientos asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003. 39

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ANEXO B CUADRO DE VARIABLES

ANEXO C ORDENAMIENTO DE DATOS

RESUMEN

En el año 2004, Aurelia Salazar Rodríguez y Carmen Carrasquilla Serrano, describieron los Factores Asociados a la Depresion en Adultos Cari 2003.

De los 60 historias clínicas de los usuarios, estos son los resultados : en la edad de 39 – 49 años con un 46,6%, de 28 – 38 años con un 16,6; el sexo en adultos se observa el femenino con un 76,6% y en segundo lugar masculino con 23,3%; la población que trabaja es de 36.3% y la que no trabaja corresponde a 63,3%; la variación del peso corporal, no registra con un 78,3%, el aumento de peso con un 13,3%, y el de menor frecuencia es la disminución de peso con un 8,3%; de los síntomas, se destacan las alucinaciones con un 31,6%, sueño con un 16,6% y los de menor frecuencia son opresión en el pecho, labilidad, cefalea y pesadillas con 13,3%, 8%, 15%, 15% respectivamente; en el diagnostico se destaca la Depresión mayor con 91,6%, en segundo lugar la depresión moderada y depresión con 3,3% respectivamente y la de menor frecuencia es la depresión leve con 1,6%; en el tratamiento se destacan los antidepresivos con un 55%, en segundo lugar los Antipsicóticos, ansiolíticos y estimulantes del SNC con 11,6% respectivamente y el de menor frecuencia son los moduladores del afecto con un 10%.

Este estudio recomienda continuar realizando investigaciones que arrojen datos estadísticos para que en base a estos disminuir la frecuencia de eventos causantes de depresion mayor, con el fin de fortalecer y ampliar los servios de atención en salud mental con el fin de disminuir la incidencia.

****

0. INTRODUCCION

➢ IMPORTANCIA

La Depresión es uno de los mas comunes y mas serios problemas de salud que enfrenta la gente hoy día, millones de personas en el mundo sobreviven en depresión, ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo.

Millones de personas en el mundo sobreviven en depresion. La OMS, indico que la depresion ocupa el cuarto lugar y describe que se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquemicas (Infarto, ICC, ACV)[1].

El CARI, situado en el Distrito de Barranquilla, presta su atención a enfermos mentales, que provienen de diferentes zonas del Caribe Colombiano, del país y del resto del mundo.

La Depresion, es una enfermedad mental, cuyos síntomas incluyen, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, alteración en el patrón del sueño, de la alimentación, del pensamiento, sensopercepcion y movimientos agitados, estos síntomas no son pasajeros sino que duran semanas, meses o años y puede destruir tanto la vida de la persona enferma como las de su familia.

En nuestro medio según el estudios nacional de salud mental demostró una prevalecía anual del 1.9 % y una prevalecía de vida del 19.6 %. Los pacientes que

1 Tesis de la Dra. Celia Antonini. Psicóloga Clínica. Trastornos Depresivos www.nimh.nih.gov/publicat/depresion 2002.

llegan al Cari son personas que vienen de diferentes localidades del distrito de Barranquilla, y especialmente del Caribe Colombiano[2].

Así mismo, la población objeto de estudio son personas que provienen de barrios subnormales cuyos estratos oscilan entre 1-4 del distrito de Barranquilla y del Caribe Colombiano. De igual forma, podemos mencionar que la población objeto de estudio, son generalmente del sexo femenino que el masculino y sus edades oscilan entre 25-44; no obstante todas las personas independientemente de la edad, grupo étnico o económico pueden sufrir de depresion, si no reciben el tratamiento, estas personas pueden llegar al suicidio.

Y es así, en lo que va corrido de este año, consultan 2-5 personas diarias con depresion en el Cari, y en el mes una población aproximada de 50 personas adultas.

Las personas involucradas en el estudio, son psicólogos, médicos psiquiatras, trabajo social, enfermeras, y auxiliares de enfermería, nutricionistas, que prestan sus servicios en el Cari, y las instituciones que apoyan en el cuidado de estas patologías y la Asociación Colombiana de enfermos con depresion y trastornos de pánico (ASODEP).

La presente investigación beneficiara a los usuarios afectados, al grupo de investigación y a todas las personas que se interesen en el mismo, aportando ayuda, datos importantes relacionados con los factores asociados a la depresión, ya sean endógenos o exógenos (Bioquímicas, sociales, familiares o ambientales).

En este orden de ideas, el estudio se planteo con la siguiente pregunta:
¿Cuáles son los factores asociados a la Depresion en adultos Cari, año 2003?

2 (2). ASODEP. Investigación hecha por la asociación Colombiana Contra la Depresion y el Pánico.

➢ ANTECEDENTES TEORICOS

La depresión ocupaba en el año 2000 el cuarto (4º) lugar según la OMS. De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios, se este potenciando la incidencia, para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia amenaza con incrementarse a medidas que transcurra el siglo XXI[3].

El origen de la enfermedad obedecen a varios factores, en los que se destacan los hereditarios aportando conocimientos al descubrir alteraciones en el cromosoma X11[4].

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer.

En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por su sigla en inglés) demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual (SPM) severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al

3 Frank E, Karp JF, Rush AJ (1993). Efficacy of treatments for major depression. Psychopharmacology Bulletin, 1993; 29:457-75.
4 Marcelli, Adolescente et depression, París, Masson, 1991

poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto[5].

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados. El hombre tiende as ser más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años[6].

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques de corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva[7].

Por otro lado, los diagnósticos y síntomas que con más frecuencia se han encontrado entre pacientes que permanecen en tratamiento continuadamente son: reacciones ansiosas o depresivas, quejas iniciales de obsesiones, fobias, depresión, falta de concentración y ansiedad, neurosis obsesivo-compulsiva e histeria de ansiedad, quejas de ansiedad, depresión, dificultades sociales o familiares, desviación sexual y psicosis, cuadros depresivos y reacciones de adaptación[8].

Dado que la etiología de la depresión es multifactorial, excluidas las enfermedades médicas y medicaciones que pueden originar una depresión, el camino a seguir es

5 Ibíd.
6 htt://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/h04s.shcml
7 htt//www.la depresion me mareo.htm
8 Revista AEN. N° Castañeda, I., y otros, Estudio sobre el abandono de la demanda de tratamiento en un equipo de salud mental, Maristán, 1992, 1, 3, pp. 25-32.

el análisis de las vivencias que nos describe el enfermo o sus familiares, para saber que síntomas son propios de la depresión y cuales son derivados de la misma. Hay otros trastornos muy próximos a la depresión, que también pueden provocar sufrimiento y resultar invalidantes para el paciente[9].

➢ ANTECEDENTES PRACTICOS

En algunos estudios en adultos describen en forma retrospectiva que ya había depresion grave en la juventud. Ayuso observo que el 19% de las psicosis ciclotímicas tienen sus primeras manifestaciones antes de los 20 años[10].

Otros investigaron su prevalencia en adolescentes y jóvenes (Kandel y Davis, Kaplan, Daykin, Bomba y Esmile), y encontraron frecuencias que oscilan entre el 1 y el 6%[11]

Según un reciente informe del Banco Mundial, de todos los trastornos mentales la depresion es la causa mas frecuente de incapacidad, por lo que constituye la principal carga para los sistemas de salud. Sumadas la depresion y lesiones auto infligidas, representan una tercera parte de las incapacidades por salud mental, superando ampliamente las demencias (13.7%) y la psicosis (6.8%)[12].

La severidad de la enfermedad aclarara que entre el 30 y 51% de los individuos en Colombia, debido a la pobreza absoluta se sienten tristes. De igual forma la población objeto de estudio en el año 2002 tuvo una prevalencia de 9.5% y en el 2003 11.3%.

---

9 Marín Tejero, Angel. Psicólogo – Terapeuta- Madrid (España) mailto: marin_angel@hotmail.com
10 Ferketick AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. Archives of Internal Medicine, 2000; 160(9) 1261-8.
11 Dra. Celia Antonini- Psicóloga Clínica – Trastornos depresivos www.nimh.nih.gov/publicat/depresion 2002
12 Michael Wagner y Gastón Déjese. Manuel Diagnóstico uy Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV 1195 Masson S.A.

En la última sesión del Comité regional Europeo de la OMS, celebrado en Madrid España, se mencionó que el 30% por cada 100.000 habitantes a nivel mundial padecen de depresion. Estos niveles descuidándolos con el suicidio es a la vez el más alto del mundo, cifra que la central de estadísticas menciona que cinco personas se suicidan diariamente en Holanda. En Latinoamérica cerca del 3.9% de las mujeres y el 2.2% de los varones representan un trastorno de depresion (1). Estas cifras especificadas por la Organización Panamericana de la salud mental durante el ciclo de conferencias # 8221 organizada por el Instituto de la comunicación humana (ICH).

Cada año, el 9.5% de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos) padece de enfermedades depresivas. El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable.

La severidad de la enfermedad aclarara que entre el 30 y 51% de los individuos en Colombia, debido a la pobreza absoluta se sienten tristes. De igual forma la población objeto de estudio en el año 2002 tuvo una prevalencia de 9.5% y en el 2003 11.3%.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

- **OBJETIVOS**

IDENTIFICAR FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN ADULTOS CARI AÑO 2003.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar la edad de los adultos, que padecen depresion.
- Establecer la vulnerabilidad del sexo que pertenecen los adultos objeto de estudio.
- Investigar el grupo étnico a que pertenecen los adultos objeto de estudio.
- Analizar el nivel de escolaridad de los usuarios objeto de estudio.
- Indagar el estado civil de cada uno de los adultos que padecen de depresion.
- Evidenciar el estrato o nivel socioeconómico a que pertenecen los adultos objeto de estudio.
- Descubrir la religión a que pertenecen los usuarios afectados con depresion.
- Indagar la ocupación de los usuarios afectados con depresion.
- Investigar el índice de masa corporal de los usuarios objeto de estudio.
- Evaluar los antecedentes hereditarios de los usuarios objeto de estudio.
- Analizar sobre las patologías asociadas, registradas en las historias clínicas de los usuarios objeto de estudio.
- Identificar los signos de depresion que presentan en particular los usuarios objeto de estudio.
- Identificar los síntomas de depresion que presentan en particular los usuarios objeto de estudio.
- Revisar cual es el apoyo familiar que tiene los usuarios objeto de estudio.
- Indagar la dependencia económica de los usuarios objeto de estudio.
- Determinar los antecedentes de la enfermedad evidenciados en la historia clínica de los usuarios objeto de estudio.

- Establecer las relaciones satisfactorias de los usuarios objeto de estudio con sus familiares.
- Escribir el orden que ocupa el usuario objeto de estudio en el núcleo familiar.
- Identificar los estudios paraclínicos realizados a los usuarios objeto de estudio.
- Evidenciar el Diagnóstico de clasificación según sea la depresion, en los usuarios objeto de estudio.
- Revisar el tratamiento ordenado en los usuarios objeto de estudio.

➢ ALCANCES

Escogimos el tema acerca de los factores asociados a la depresión en adultos Cari 2003, puesto que nosotras como estudiantes, nos encontramos frecuentemente con casos de depresión de nuestros compañeros, familiares e inclusive, de nosotras mismas.

A través de estas observaciones y de experiencias propias, empezamos a sentir la intervención de este episodio en los adultos que consultan al Cari.

Dentro de lo aprendido sobre depresión y sus síntomas, encontramos que afecta el estado comportamental y anímico, causando indisposición en la realización de muchas actividades.

Como futuras Enfermeras, nos interesa el tema ya que según las proyecciones estadísticas, todas las personas llegaremos a sufrir aunque sea un episodio depresivo. Será una enfermedad muy común a la cual nos tendremos que enfrentar y saber tratar.

También se debe tener en cuenta la situación socio-económica y demás factores asociados por los cuales el país está pasando; se puede notar en nuestra ciudad que hechos comunes como el secuestro, el desempleo, la inseguridad, la violencia (refiriéndose ésta no sólo a actos trascendentales, sino también la contaminación, la violencia verbal, familiar), afectan directa o indirectamente el estado emocional de los individuos, repercutiendo éste en las labores rutinarias de cada uno en diferentes campos[13].

La depresión es una de las enfermedades mas discapacitantes en cuanto a la perdida de años de vida saludable y laboral, además de estar asociada con la presencia de otros trastornos se. Según la OMS, indico que para el año 2020

13 Dra. Celia Antonini- Psicóloga Clínica – Trastornos depresivos www.nimh.nih.gov/publicat/depresion 2002

ocupara el segundo lugar como causa de padecimiento después de los problemas cardiacos, mientras que en el 2000 ocupaba el segundo lugar. De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se este potenciando la incidencia para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de la amenaza con incrementarse a medida que transcurra en siglo XXI[14].

Se podrá constatar, que los trastornos depresivos interfieren con el funcionamiento cotidiano del paciente. Ellos causan dolor y sufrimiento no solo a quienes de ellos padecen, sino también a sus seres queridos. La depresion puede destruir tanto la vida de persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se pude evitar.

La investigación ha despertado interés en nosotras, ya que ha sido enfocado en los factores asociados a la depresion, que beneficiará la población objeto de estudio, su grupo familiar, el grupo de investigación y las personas que se interesen en el tema a buscar ayuda oportuna a sus signos y síntomas, igualmente aportando datos importantes relacionados con los factores asociados a la depresion que aparecen día a día en el mundo entero.

El conocimiento de los factores que inciden en la depresion permitirán visualizar para el futuro una oferta de apoyo a las personas que padezcan depresion y les permitan continuar con la misión en la vida y fortalecer la autoestima que se ha perdido a causa de la enfermedad, además aporta medidas preventivas, encaminadas a la promoción y prevención de estilos de vida saludables restableciéndose los individuos al servicio de la comunidad.

---

14 Robins LN, Regier DA (Eds). Psychiatric Disorders in America, the Epidemiologic Catchment Area Study, *1990: New York: The Free Press*

- **LIMITACIONES**

Nuestra mayor limitación, fue conseguir que nos facilitaran las Historias Clínicas para aplicarles las encuestas para medir las variables. Es sabido por el personal de salud que las historias clínicas son un documento privado y solo lo facilitan a los usuarios o a nivel intrainstitucional, pero debido al interés que se tenia en la investigación y con la ética que manejamos el personal de la salud, estos datos sustraídos quedaran en la confidencialidad.

Una vez aprobada la solicitud, vino otro inconveniente y fue el lugar donde debíamos hacer la prueba, ya que el espacio de estadística en el Cari es bastante reducido y el horario de trabajo es solo hasta las 4 PM., y tuvimos que agilizar las manos y el cansancio cerebral ocasionó mucho stres en nosotras por que tuvimos que estar en esa condición por un periodo de 3 días, y también el stres de entregar el dato a tiempo a nuestro asesor.

Por otra parte, el grupo tuvo inconvenientes constantes en ponerse de acuerdo en las asesorías ya que los espacios en que nos desenvolvíamos era totalmente diferentes, así mismo la redacción de cada uno de los pasos, hubo que solicitar bastante asesoria para sacar adelante la investigación y la redacción después de las correcciones también exigió trabajar de forma estresante y agonizante para entregarlo en el tiempo solicitado.

Igualmente en la búsqueda de la información en otras investigaciones también nos costo sacar bastante tiempo y descuidar la parte familiar; la no elaboración del duelo que paso una de las integrantes del proyecto por la responsabilidad constante que esta investigación ameritaba. A veces no se podía asistir personalmente a las asesoria y pensaba el asesor que solo una de las integrantes

trabajaba, pero nada solo funciona en este mundo y nos demostramos así mismas que si podíamos y logramos alcanzar los objetivos propuestos.

Nuestra opinión particular, es que se le dedique más tiempo a los estudiantes y, motivarlos con entusiasmo en la búsqueda de información para sacar adelante cualquier proyecto de investigación sin ninguna carrera que ocasione estrés y pueda obstaculizar los objetivos.

Igualmente, que las investigaciones como estas puedan hacerle seguimiento por parte de otros estudiantes y seguir implementando en forma permanente la promoción y prevención de la salud mental en las comunidades para crearles estilos de vida saludables.

➢ METODOLOGÍA

Es un estudio que narra las características más importantes de un problema de salud mental (la depresion). Este proyecto, fue realizado con el propósito de identificar cuales son los factores asociados a la Depresion en Adultos Cari 2003.

En esta investigación se encuentran Para medir los factores asociados a la depresión se utilizó un cuestionario de 21 ítems (veintiuna variables), de factores asociados a la depresión (edad, sexo, grupo étnico, estado civil, escolaridad, estrato, religión, ocupación, herencia, índice de masa corporal, patologías asociadas, signos, síntomas, apoyo familiar, dependencia económica, estudios paraclínicos, diagnósticos, tratamiento, antecedentes de la enfermedad, relaciones satisfactorias con la familia y orden que ocupa el usuario en la familia nuclear).

Nos dirigimos al Cari en horas de la mañana durante tres días para aplicar el instrumento. Los funcionarios de estadística nos la facilitaban de 20 en 20 cada

día, ya que nosotros estudiamos por las tardes y el departamento cierra a las 4 P.M. El instrumento fue administrado de forma individual, guiado por los integrantes del proyecto. El tiempo utilizado por cada historia fue de 10 a 15 minutos.

Las historias Clínicas fueron escogidas al azar. El estudio fue descriptivo, ya que se describen las conductas observadas en las historias Clínicas y se midió a través de una encuesta aplicada a las mismas.

Según los resultados obtenidos, se comprobó que si existen factores asociados a la depresion y día a día se identifican no solo en Barranquilla, sino también en toda Colombia debido a la situación de violencia y desempleo.

Se trabajó con 60 historias del Cari del año 2003. El instrumento que se utilizó, aparte de la observación, fue la Encuesta con adaptaciones realizadas por los integrantes del proyecto.

- **Tamaño de la muestra**

60 Historias Clínicas de usuarios del Cari, Barranquilla año 2003.
Total de casos en el 2003, 648.

1. RESULTADOS

TABLA 1. Edad asociada a la depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Edad	Resultados	%
17-27	6	10
28 – 38	10	16,6
39 – 49	28	46,6
50 – 60	7	11,6
61 – 70	6	10
71 – 80	3	5
Total	60	99,9

Fuente: *Cuestionario de información e historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que en la edad de adulitos se destaca de 39 – 49 años con un 46,6%, en segundo lugar se observa de 28 – 38 años con un 16,6 y las de menor frecuencia son 50 – 60 años, 17,27,61-70 y de 71 –80 con 11,6%, 10%, 10% y 5% respectivamemente.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA 2. Sexo asociado a la depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Sexo	Resultado	%
Masculino	14	23,3
Femenino	46	76,6
Total	60	99.99

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que el sexo mas frecuente en adultos se observa el femenino con un 76,6% y en segundo lugar masculino con 23,3%.

TABLA 3. Grupo étnico y factores asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Grupo étnico	Resultados	%
Mulato	0	0
Blanco	8	13,
Mestizo	51	85
Negro	1	1,6
Total	60	99,9

***Fuente**: cuestionario de información a historias clínicas.*

Interpretación:

La tabla muestra que en el grupo étnico de destaca la categoría mestizo con un 85%, en segundo lugar se observa blanco con un 13,3 y el de menor frecuencia el negro con un 1,6%.

TABLA 4. Nivel de escolaridad asociados a la depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Nivel de escolaridad	Resultados	%
Analfabeta	10	16,6
Primaria	23	38,3
Secundaria	23	38,3
Universidad	4	6,6
Total	60	99,8

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas.*

Interpretación:

La tabla muestra que en el nivel e escolaridad se destacan primaria y secundaria con 38, 3% respectivamente, en segundo lugar se observa analfabeta con un 16,6% y el menor frecuencia es universidad un 6.6%.

TABLA 5. Estado civil asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Estado civil	Resultados	%
Viudo	16	26,6
Casado	24	40
Soltero	20	33,3
Unión Libre	0	0
Total		99,9

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas.*

Interpretación:

La tabla muestra que en el estado civil la categoría de mayor frecuencia es casado con un 40%, en segundo lugar se observa soltero con un 33, 3% y los de menor frecuencia son viudo y unión libre con un 26% y 0% respectivamente.

TABLA 6. Estrato asociado a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Estrato asociado	Resultados	%
Estrato 1	14	23,3
Estrato 2	21	35
Estrato 3	16	26,6
Estrato 4	4	6,6
Estrato 5	4	6,6
Estrato 6	1	1,6
Total	60	99,7

Fuente: *Cuestionario de información e historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que en el estrato se destacan el 1, 2 y 3 con 23,3%, 35% y 26,6% respectivamente, los de menor frecuencia son estrato 4, 5,6 con un 6,6% y 1,6% respectivamente. Son 50 – 60 años, 17, 27,61-70 y de 71 –80 con 11,6%, 10%, 10% y 5% respectivamente.

TABLA 7. Religión asociada a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Religión	Resultados	%
Católica	40	66,6
Evangélica	17	28,3
Otros	3	5
Total	60	99,9

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas.*

Interpretación:

La tabla muestra que en la religión se destaca la católica con 66,6%, en segundo lugar se observa la evangélica con un 28,3% y la categoría otros de menor frecuencia con un 5%.

TABLA 8. Ocupación asociada a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Ocupación	Resultados	%
Si trabaja	22	36,6
No trabaja	38	63,3
Total	60	99,9

Fuente: Cuestionario de información a historias clínicas

Interpretación:

La tabla muestra que la población que trabaja es de 36.3% y la que no trabaja corresponde a 63,3%.

TABLA 9. Variación del peso corporal asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Variación del peso corporal	Resultados	%
Aumento de peso	8	13,3
Disminución de peso	5	8,3
No registra	47	78,3
Total	60	99,9

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que la variación de peso corporal se destaca la categoría no registra con un 78,3%, en segundo lugar se observa el aumento de peso con un 13,3%, y el de menor frecuencia es la disminución de peso con un 8,3%.

TABLA 10. Antecedentes hereditarios asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Antecedentes Hereditarios	Resultados	%
Si	22	36,6
No	38	63,3
Total	60	99,9

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que la población que tiene antecedentes hereditarios es del 36,6% y que el 63,3% restante No.

TABLA 11. Padecimiento de otras enfermedades asociadas a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Padecimiento de otras enfermedades	Resultados	%
Si padece	29	48,3
No padece	31	51,6
Total	60	99,9

Fuente: Cuestionario de información a historias clínicas

Interpretación:

La tabla muestra que la población que si padece otras enfermedades es del 48,3% y el 51,6% restante No.

TABLA 12. Síntomas asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Síntomas	Si	%	No	%	Total
Insomnio	4	6,6	56	93,3	60
Angustia	4	6,6	56	93,3	60
Miedo	3	5	57	95	60
Llanto	4	6,6	56	93,3	60
Se puso rara	1	1,6	59	98,3	60
Grita	1	1,6	59	98,3	60
Nervios	2	3,3	58	96,6	60
Pánico	2	3,3	58	96,6	60
Intranquilidad	7	11,6	53	88,3	60
Alucinaciones	19	31,6	41	68,3	60
Cefalea	9	15	51	85	60
Pesadilla	9	15	51	85	60
Sueño	10	16,6	50	83,3	60
Labilidad	5	8,3	55	91.6	60
Opresión en el pecho	8	13,3	52	86,6	60

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que el síntoma fue alucinaciones con 31.6%, el segundo lugar fue sueño con 16.6%, y en el tercer lugar cefalea y pesadillas con un 15% y, los de menor frecuencia están opresión en el pecho, intranquilidad, labilidad, insomnio, angustia, llanto, miedo, nervio, pánico, se puso rara y grita con un 13.3%, 11,6%, 8.3%, 6.6%, 6.6%, 6,6%, 5%, 3.3%, 3.3%, 1.6%, 1,6% respectivamente.

TABLA 13. Apoyo familiar asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Apoyo familiar	Resultados	%
Si reciben	24	40
No reciben	36	60
Total	60	100

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que la población que no recibe apoyo familiar es del 60% y que solo el 40% Si.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA 14. Dependencia económica asociada a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Dependencia económica	Si	%	No	%	Total
Esposo	23	38,3	37	61,6	60
Hijo	14	23,3	46	76,6	60
Familiar	21	35	39	65	60
Otros	2	3,3	58	96,6	60

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que en la dependencia económica adultos se destaca esposo con un 38%, en segundo lugar se observa familiar con un 35% los de menor frecuencia son hijos y otros con 23,3% y 3,3% respectivamente.

TABLA 15. Antecedentes de la enfermedad asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Antecedentes de la enfermedad	Resultados	%
Si tienen	17	28,3
No tienen	43	71,6
Total	60	99,9

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que el 28,3% de la población presenta antecedentes de la enfermedad y el 71,6% restante no.

TABLA 16. Relaciones satisfactorias asociadas a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Relaciones satisfactorias	SI	%	NO	%	Total	%
Hijos	3	5	57	95	60	100
Cónyuges	2	3,3	58	96,6	60	99,9
Hermanos	0	0	60	100	60	100
Abuelos	0	0	60	100	60	100
Nietos	0	0	60	100	60	100

Fuente: Cuestionario de información a historias clínicas

Interpretación:

La tabla muestra que en la relaciones con hijos cónyuges, hermanos, abuelos, nietos, solo el 8,3% mantiene relaciones satisfactorias con hijos y cónyuges y el 96,6 y 95% respectivamente el 100% respectivamente no mantiene relaciones satisfactorias.

TABLA 17. Orden que ocupa el usuario en la familia nuclear asociadas a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Orden que ocupa el usuario en la familia nuclear	Resultados	%
1	16	26,6
2	20	33,3
3	16	26,6
4	4	6,6
5	2	3,3
Otro	2	3,3
Total	60	99,7

Fuente: Cuestionario de información a historias clínicas

Interpretación:

En el orden de jerarquía en el grupo familiar se destaca en el primer lugar con un 33,3%, en segundo hijo se observa el 1 y 3 puesto con un 26,6% respectivamente, y los de menor frecuencia son 4 y 5, otros con 6,6, 3,3% y 3,35 respectivamente.

TABLA 18. Estudios paraclínicos asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Estudios paraclínicos	Si	%	No	%	Total
TAC	13	21,6	47	78,3	60
Laboratorios	25	41,6	35	58,3	60
Test de personalidad	15	25	45	75	60
E.E.G	7	11,6	53	88,3	60

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que a los estudios paraclínicos se destaca en primer lugar los laboratorios con 41,6%, en segundo lugar se observa el TAC con 21,6% y los de menor frecuencia son 25% y 11,6% entre Test de personalidad y E.E.G respectivamente.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

TABLA 19. Diagnostico asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Diagnostico	Resultados	%
Depresión	2	3,3
Depresión leve	1	7,6
Depresión moderada	2	3,3
Depresión mayor	55	91,6
Total	60	99,8

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que en el diagnostico se destaca en primer lugar la Depresión mayor con 91,6%, en segundo lugar se observan depresión moderada y depresión con 3,3% respectivamente y la de menor frecuencia es la depresión leve con 1,6%.

TABLA 20. Tratamientos asociados a la Depresión CARI Barranquilla – Atlántico año 2003.

Tratamiento	Si	%	No	%	Total
Antipsicóticos	7	11,6	53	88,3	60
Ansiolíticos	7	11,6	53	88,3	60
Antidepresivos	33	55	27	45	60
Modulador del afecto	6	10	54	90	60
Estimulantes Del SNC	7	11,6	53	88,3	60

Fuente: *Cuestionario de información a historias clínicas*

Interpretación:

La tabla muestra que en el tratamiento se destacan los antidepresivos con un 55%, en segundo lugar se observan los Antipsicóticos, ansiolíticos y estimulantes del SNC con 11,6% respectivamente y el de menor frecuencia son los moduladores del afecto con un 10%.

2. CONCLUSIONES

2.1. En el estudio realizado por la licenciada Natalia Jaramillo, términos y condiciones de uso políticos de privacidad. Retracción Cartagena de Indias, Colombia, S.A., febrero de 2002-2003.

En el 50% de los pacientes los síntomas comienzan entre los 20-50 años, también puede iniciarse en la infancia o la vejez aunque es poco frecuente.

Se observa que la depresión puede surgir a cualquier edad, aunque el promedio de inicio es la tercera década de la vida. La similitud puede ser que ambos estudios tiene una leve diferencia de aparición de la enfermedad, coincidiendo la tercera década de la vida, o sea 28-38 años y 20-50 años respectivamente.

2.2. El sexo mas frecuente en adultos, afectados por depresión, se observa con un 76.6%, el femenino y en el segundo lugar el sexo masculino con un 23.3%. En el estudio realizado por Michael Wagner y Gastón Déjese, manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV 1195 Masson S.A., estableció que el sexo femenino presento una frecuencia de 74%, y el sexo masculino 26%. Por la multifactoriedad de situaciones cotidianas, que atraviesan las mujeres, se ven afectadas por trastornos depresivos debido a la sobrecarga de estrés. Se observa que hay una similitud en los adultos del sexo femenino, dos o tres veces mas propensos que en el sexo masculino a padecer de depresión.

2.3. En el grupo étnico se destaca, en un 85% la raza mestiza en primer lugar y en segundo lugar el blanco con 13.3% y el de menor frecuencia el negro con 1.6%.

En la tesis de doctorado de E.M. ser Faty de la facultad de Medicina UBA, 1981,

se estableció que el grupo étnico a sufrir de depresión en el mestizo teniendo en cuenta que las características de un país desarrollado a este que es menos desarrollado se presenta este mismo grupo étnico prevalerte.

Se observa una similitud en países desarrollados a otro de menor desarrollo la raza mestiza predominando con mayor frecuencia de padecer de depresión en los adultos, ya que la mayor población en el mundo los conforman la mezcla del blanco y el negro por lo tanto el mestizo es el de mayor prevalencia.

2.4. El nivel de escolaridad se destaca primaria y secundaria con un 38.3% y en segundo lugar se observa el analfabetismo con un 16.6% y el de menor frecuencia es la educación superior con un 6.6%.

Los estudios realizados por J.H. Andrade, H.D. Águila, A.E. Masaútis, VI Foglia, estudios epidemiológicos de la depresión en adultos mayores en Argentina, 1991.

Refiere que los individuos que no tienen muchas esperanzas de controlar las situaciones que atraviesan, son más proclives a contraer depresión en contraposición a los que tienen mayores oportunidades de estudiar a nivel superior de escolaridad.

Existe una similitud ente los que inician estudios y nos los continúan a ser más vulnerables. A contraer depresión y ya que los que estudian ya avanza a niveles superiores, hay una alta incidencia en el prado de estudios de primaria o secundarios en donde inciden mas los adultos a padecer la enfermedad.

2.5. En el estado civil, la categoría de mayor frecuencia es casado con un 40%, en segundo lugar, se observa soltero con un 33.3%, y los de menor frecuencia son viudos y unión libre con un 26.6%, 40% respectivamente. En el estudio realizado por la resistencia español, de salud publica revisado en el formato PDF. En

Mayo/Junio uso adecuado de las hospitalizaciones en mayores, con el Dr. Francisco Suárez García, David Oterino de la fuente, tomaron un cohorte respectivo de la población mayor estableciendo que el casado ocupe el 38% de la población y el 24% la prevalencia es el soltero, el 18% de menor frecuencia son viudos y unión libre.

De la comparación de resultados de las respuestas clasificadas por el estado civil. Podemos establecer que guardan mucha similitud, ya que los casados ocupan. En el 1er lugar en ambos estudios y de igual forma para los solteros en segundo lugar para ambos estudios. Los factores de riesgos detectados a nivel, intrafamiliar por la existencia de conflictos de pareja afirmados por la literatura; a la falta de comunicación y a los maltratos físicos y verbales.

2.6. En el estado socioeconómico se destacan al 1,2 y 3 con 23.3%, 35% y el 26.6% respectivamente los de menor frecuencia son los estratos 4, 5,6 con un 6.6%, 6.6% y 1,6 respectivamente.

En la tesis de grado de los Dres: Lujan Walter, Ramírez Erick, García Tulio, Berocal Alfredo y Celia Armando sobre los factores de riesgo asociada a depresión mayor en pacientes del hospital general de Perú en Septiembre de 2003, establecieron que el estrato 1,2 equivalente al nivel socioeconómico tuvieron una notable frecuencia del 40%.

La similitud en que encontramos es que el estrato 2 coincide, con la mayor incidencia demostrando que la presencia demográfica juega un papel importante en la aparición de la depresión mayor debido a la estratificación.

2.7. En la religión se destaca la católica como 66.6% en segundo lugar se observa la evangélica con un 28.3% y la categoría otros de menor frecuencia con un 5%.

En el estudio realizado y adaptado por Natalia Jaramillo enfermera, licenciada de la universidad Javeriana en Julio del 2000 sobre los factores asociados a la depresión mayor, el 50% se evidencia la religión católica y otras religiones no registran o encontramos como conclusiones comparativas que una gran similitud en adultos que padecen depresión mayor debido a que la religión católica en el manejo de estilos de vida es crucial en el mantenimiento de la recuperación o para las complicaciones de la misma alteración debido a las ideas místicas y los presentes. Suelen aferrarse a la religión en busca de un escape a su patología.

2.8. La ocupación o actividad muestra que la población que trabaja en de 36.6% ya que no trabaja corresponde el 66.3%. En la tesis de Doctorados de: C. Garrison Jesús de la facultad de medicina de la Universidad Bello Antioquia en 1981, muestra una prevalencia de 60% de la población estudiados que no trabaja y el 40% registra como oficios varios.

El análisis comparativo podemos concluir que la situación estresante que atraviesan los usuarios con depresión mayor es similar a los otros estudios debido a la falta de empleo uno de los problemas mas serios que atraviesa nuestra sociedad debido a la pobreza absoluta y a las necesidades básicas insatisfechos así como en países en vía de desarrollo presentan este elemento potenciado.

2.9. La variación de peso corporal, se destacan las categorías, nos registra con 78.3% en segundo lugar se observa que el aumento de peso con un 13.3% y el de menor frecuencia es la disminución de peso con un 8.3% en el estudio realizado por J.L. Ayuso Gutiérrez las depresiones, Madrid interamericana tesis de grado 1983, manifiesta que la revolución masa corporal en los pacientes formados para ese estudio mostró una perdida de peso de 49% y un aumento de peso en los pacientes de 51%.

Debido a esto podemos concluir que a pesar que nuestro estudio no registro en

las historias clínicas de los usuarios el peso y la talla en la literatura, hemos evidenciado que la disminución o el aumento de peso o apetito juega un papel importante en los signos y síntomas de la depresión mayor como factor estresante, como la ingesta excesiva de alimentos o la disminución de la misma.

2.10. En los antecedentes hereditarios de la población objeto de estudio muestra que el 36.6% presentan antecedentes genéticos y el 63.3% nos presentaron caracteres hereditarios, la organización mundial de la salud, clasificación internacional de enfermedades 10ª tensión, 1992 plasman. En su documento que el 60% de las personas que padecen depresión mayor es debido a un factor intrínsico netamente genético heredado.

Existe una similitud entre ambos estudios ya que la herencia genética, en un factor importante para muchas personas que padecen depresión mayor dicho al desajuste químico muy especifico en las áreas del cerebro que son responsables del fenotipo y genotipo. Existe un mayor riesgo de padecer de depresión mayor clínica, historia familiar de la enfermedad lo que indica que se pueda dar predisposición biológica.

En la actualidad la genética ha aportado conocimientos al descubrir alteración en el cromosoma X11.

2.11. Las enfermedades asociadas en adultos muestran que la población que si padece otras enfermedades en el 48.8% y el 21.6% restante no padece.

Según explica el Dr. Patrick Lustran y sus colegas de la Universidad de Washington señalan en su estudio sobre los factores asociados a la depresión mayor presentan similitud ya que las enfermedades asociadas son la de mayor incidencia.

2.12. Los primeros síntomas se destacaron las alucinaciones con un 31.6%, en el segundo lugar fue sueño con 16.6%, y en el tercer lugar cefalea y pesadillas con un 15% y, los de menor frecuencia están opresión en el pecho, intranquilidad, labilidad, insomnio, angustia, llanto, con un 13.3%, 11,6%, 8.3%, 6.6%, 6.6%, 6,6%, respectivamente.

En el estudio de los Dres: Michael Wagner y Gastón Déjese, sobre respuestas a la depresión Email: HYPERLINK "mailto:info@respuestassaladepresion.com", info@respuestassaladepresion.com, establecen que las alucinaciones de tipo sensitivo, gustativo y táctiles ocupan la mayor prevalencia en un 29% coincidiendo en el presente estudio como las características asociadas a la depresión mayor, varios estudios al igual que la literatura sugieren que los síntomas frecuentes son: Sentimientos de incompetencia, alucinaciones, trastornos con el sueño globalmente. Estos síntomas de la depresión incluyen un estado de animo deprimido la mayor parte del día, perdida de placer o interés en casi todas las actividades, la lentitud, el deseo de dormir o culpa excesiva, sin una persona posee 5 o mas de estos síntomas y estos le perjudican su vida diaria durante 2 semanas entonces esa persona tendría en DX de episodio depresivo mayor, si estos persisten durante mas de 2 meses será diagnosticada depresión mayor.

2.13. El apoyo familiar muestra que población objeto de estudio no recibe apoyo familiar es el de 60% y que solo el 40% si recibe apoyo familiar en la revista mexicana de salud publica ISSN 1135-5272 versión impresa. Revisada en Junio del 2002 sobre los factores asociados con el uso y adecuación de las personas mayores de 64 con depresión mayor.

Arrojo que el 80% no recibe apoyo familiar mientras que el 20% de esta población en estudio recibe apoyo familiar.

Podemos concluir que a pesar de que los 2 estudio arrojaron porcentajes

diferentes, podemos denotar que las 2 subvariables se comportaron muy similar debido a que ambos arrojan que el gran numero de personas que padecen depresión mayor no reciben apoyo familiar esto es posible que con toda la pobreza que existe en el interior de las familias latinoamericanas.

2.14. La dependencia económica en adultos se destaca esposo con un 38.3%, en segundo lugar se observa familiar con un 35% y los de menor frecuencia son hijo y otros con 23.3% y 3.3% respectivamente.

En el estudio de factores asociados a la depresión en mayores de edad, de la tesis de Walter Suzón y David Manrique en Barcelona en Febrero 2000-2003 la subvariable esposa ocupa el 1er lugar en la dependencia económica presento una similitud, así las subvariables hijos. También registra con menor frecuencia curiosamente a pesar de que el nivel de vida es más alto en Barcelona. Que nuestro estudio por situación poblacional y demás es interesante resaltar. Que la dependencia económica juegue un factor vulnerable. En la edad adulta, podrían conducir a una depresión mayor, en la medida que esta persona no se les brinde un ayuda economía mientras padece esta alteración.

2.15. En los antecedentes de la enfermedad registraron que el 28.3% de la población presenta antecedentes de la enfermedad el 71.6% restante no presentan. En el estudio de Aviles, Negrete, Sánchez (2003) Estudio de la emociones en la depresión en adultos en Madrid España.

La subvariable antecedentes de la enfermedad registraron que índice de tener episodios que podrían conllevar a una depresión mayor; es muy parecido con relación a nuestro estudio debido a que la población en estudio presenta características de nuestros ancestros íbero hispanoamericano por índole genético se comportan muy similar de acuerdo a que los caracteres fisiológicos juegan un papel importante, esto sumado a que los comportamientos son muy parecidos ya

que son por lo general muy pesimistas , las que tienen un autoestima baja o las que se expresan fácilmente son mas propensas
a desarrollar depresión mayor.

216. En las relaciones satisfactorias en adultos con los miembros de las familias los hermanos, abuelos, nietos, sólo el 8.3% mantienen relaciones satisfactorias con hijos y los cónyuges el 96.6% y el 95% respectivamente no mantienen , para abuelos , nietos hermanos el 100 no mantienen relaciones satisfactorias.

En el estudio de Jaén Caballero, Rolando Alberto, un programa para reducir la ansiedad y la depresión en adultos en panamá 2000 (178pag). Tesis , maestría en psicología clínica arrojo que para la variable relaciones satisfactorias con el grupo familiar su mayor población es la que no tienen relaciones satisfactorias con los familiares curiosamente encontramos que ambos estudios son de Colombia muy frecuentemente esta población costera piensan que los cambios de personalidad se deben a incapacidad de superar el desanimo ya que los familiares o amigos observan al enfermo, lo presionan con frases como estas levanta el animo, no veas la vida negativa, desconociendo que lo que ocurre no es producto de pesimismo voluntario, si no de una enfermedad perfectamente identificada en la actualidad, podemos dar nuestra apreciación que cuando la depresión mayor no es tratada a tiempo tiende a permanecer activa por meses incluso años y conducir a una inactividad que perturba la vida laboral y la familiar en particular .

2.17. Orden que ocupa el usuario en la familia nuclear se destaca el segundo lugar con un 33.3 % y el primer y tercer puesto con un 26.6% respectivamente y la de menor frecuencia son 4 y 5, la categoría otro con 6.6, 3.3% y 3.35% respectivamente .

En el manual de medicina Mosby edición 8 podemos denotar que muchas veces

la presión ejercida por los miembros de la familia en especial los padres , por la carga familiar y la idiosincrasia se muestra que los primogénitos en ausencia del jefe de familia o figura paterna deben asumir este rol esto conlleva a que los usuario tengan cambios en el patrón por la dificultad de a sumir las actividades cotidianas bajo tensión entonces se manifiestan nerviosos al no saber afrontar las responsabilidades haciéndose auto reproches por faltas que no cometieron o tendencia exagerada de culpabilidad sentimientos de no servir para nada o de no ser responsables de las desgracias no reales o reales de los miembros del núcleo familiar.

2.18. En nuestro estudio sobre factores asociados a la depresión en adultos , arrojo que dentro de la subvariable estudios paraclínicos se destaca en primer lugar las pruebas de laboratorio con 41.6%. En segundo lugar se observa el TAC con 21.6% y los de menor frecuencia son 25% y 11.6% entre el Test de personalidad y EEG respectivamente.

En los criterios para el diagnostico de depresion mayor, en la pagina 7 de 11del documental de psiquiatria.com del Dr. Pedro Delgado en su pagina Web htt/w.w.w.it.com.ve actualizado el 30-07/03, establece que los estudios paraclínicos son expuestos por la OMS, para llegar a un diagnostico eficaz y confiable, entre ellos figuran los laboratorios dependiendo al cuadro clínico y apartir de las historias clínicas se puede hacer la exploración física o de pruebas de laboratorios. Se encuentra que la alteración es una consecuencia fisiologica directa de una enfermedad medica, coincidiendo notoriamente con nuestro estudio debido a que es indispensable para arrojar un diagnostico veraz. Los estudios paraclínicos se deben realizar de acuerdo a los signos y síntomas que manifieste el usuario. De igual forma se le realizaran los estudios respectivos para determinar o descartar depresion.

2.19. En el diagnostico se destaca en primer lugar la depresion mayor, con un

91.6%, en segundo lugar se observa depresion moderada y depresion con 3.3% respectivamente y la de menor frecuencia en la depresion leve con 1.6%.

En el manual diagnostico y estadística de los trastornos mentales DSM iv 1195 masón S.A. en sus paginas 220-236 plasman que los tipos de depresion son fundamentadas por la CIE-10. Depresion mayor cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresion mayor y la misma impide realizar sus actividades de la vida diaria es el nivel más alto, luego depresion moderada cuando la persona presenta muchos síntomas de la depresion ocupando de igual forma el segundo lugar.

Coincidiendo con nuestro estudio arrojan cifras similares debido a que el desconocimiento de la patología como enfermedad con todos sus posibles síntomas llevan a las personas a culparse así mismas y no conocen que existe un tratamiento sino expresan que existe una situación particular o por idiosincrasia o temor, ya que no acuden a la consulta por psiquiatría por tener la ideología de que es para dementes, o por miedo al afrontamiento de su alteración.

2.20. En el tratamiento se destacan los antidepresivos con un 55%, en segundo lugar se observan los Antipsicóticos, ansiolíticos y estimulantes del SNC con 11.6% respectivamente y el de menor frecuencia son los moduladores del afecto con un 10%.

En el estudio de Gómez Herrera Terán, sobre factores psicológicos de riesgos relacionados con la depresion mayor, tesis de maestría en psicología clínica, en Barcelona España, manifiesta que dentro de los psicofármacos de elección para el tratamiento de la depresion mayor, están los antidepresivos seguidos por los Antipsicóticos y los ansiolíticos. De acuerdo con el compromiso clínico signos y síntomas.

Encontramos una notable similitud ya que ambos estudios demuestran que los antidepresivos y las psicoterapias son importantes para disminuir el desajuste químico muy específico en las áreas del cerebro, responsables del estado de ánimo y la emoción. Casi siempre se prescriben medicamentos antidepresivos acompañado de medicamentos adicionales como el Carbonato de Litio, Antipsicóticos, cuando se presentan síntomas psicoticos. El tegretol y otros convulsivantes o estimulantes y con la ayuda de las psicoterapias que dentro de ellas están las interpersonales, cognoscitivas y conductuales, todas estas apoyadas por la OMS y CIE-10.

Las pruebas no miden totalmente un comportamiento, en este caso el estado emocional que es tan fácil de encubrir hasta para el mismo sujeto que lo esta vivenciando. Se compararo el porcentaje en adultos que presentan depresión, para concluir, si es igual o no. Lo que se busca observar a su vez, es si esta depresión tiene factores asociados en los diferentes adultos objeto de estudio.

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

3. RECOMENDACIONES

El manejo de estilos de vida es crucial en el mantenimiento de la recuperación de la depresion, es importante mantener un calendario uniforme, tomar medicamentos de acuerdo a la prescripción médica.

Educar e informar a usuarios, familiares, profesores y publico en general, sobre la edad, sexo, grupo étnico, escolaridad, estado civil, estrato socioeconomico, religión, ocupación, variación de peso corporal, herencia, patologías asociadas, síntomas, apoyo familiar, dependencia economica, relaciones satisfactorias con la familia, estudios paraclínicos, diagnósticos y tratamiento asociados a la depresion, para que la enfermedad no pase desapercibida y sea objeto de oportuno tratamiento

Después de un episodio de depresion mayor, reanudar las responsabilidades lenta y gradualmente con apoyo de los familiares y amigos más cercanos.

Fijar metas realistas, pedir ayuda cuando se necesite, dormir adecuadamente comer dieta balanceada.

Las autoras de este estudio recomiendan continuar realizando investigaciones que arrojen datos estadísticos para que en base a estos buscar alternativas de solución así como sugerir al cuerpo medico y equipo interdisciplinario obtener la mayor información en especial las variables epidemiológicas de peso, talla e indagar mas sobre el apoyo familiar y el grado de sueño de los usuarios que no registran pero atreves de la observación y la entrevista a los usuarios que padecen de esta enfermedad pudimos evidenciar que son factores asociados a la depresion .

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación , se sugiere la continuidad en este tipo de investigaciones ya que la alta incidencia a nivel mundial , de Latinoamérica y a nivel local se estima que esta alteración ocupara el primer lugar en aproximadamente 5 años.

Los estudios mas apropiados serian aquellos que establezcan una correlación entre la aplicación de un programa orientado a mejorar el estado de depresion y los resultados de los mismos , estableciendo diferencias entre antes y después de la aplicación del programa lo cual estaría constituyendo una línea de investigación que busque la aplicación del conocimiento a través de varios grupos estudios exhaustivos que se dirijan a este fin.

Así mismo motivar a los estudiantes para avanzar con entusiasmo en las investigaciones que le llaman la atención y así mismo el asesor descubrirá día a día como se pule el diamante en bruto y no ocasionar el efecto contrario que es la apatía a la investigación.

Aumentar el numero de asesores a los estudiantes, que llevan adelante una investigación, a fin de cubrir el 100% en la calidad de la asesoria y no ese espacio reducido de tiempo que esta en la actualidad, esto hace que el estudiante avance en el proceso y habrá menos stres por parte del investigador igualmente mas interés.

Se le recomendaría al Cari, tomar en cuenta esta investigación para realizar un seguimiento mas profundo a los usuarios que consultan a fin de buscar alternativas para la mejoría de su situación.

En enfermería los estudios más apropiados siguen siendo aquellos que establezcan una correlación entre la aplicación de un cuidado integral del individuo familia y comunidad. Se sugiere implementar programas orientados a mejorar el estado de la depresión y los resultados de los mismos, establecer diferencias entre

antes y después de la aplicación del programa lo cual estaría contribuyendo una línea de investigación que busque la aplicación del conocimiento que se dirige a este fin.

En el Distrito de Barranquilla y en especial el CARI, en coordinación con la Secretaría de Salud Departamental, medir en forma constante los comportamientos de esta enfermedad (Prevalecía e incidencia), a fin de tomar medidas preventivas en la población más vulnerable.

Facilitar apoyo y ayuda medica a personas que sufren estas enfermedades.

Promover la autoayuda a pacientes y familiares.

Eliminar la discriminación y el estigma asociados con esta enfermedad.

Que se presten servicios médicos y psiquiátricos a través de consultorios, clínicas y hospitales los cuales se celebran contratos de prestación de servicios.

Fomentar la investigación y divulgación sobre aspectos relacionados con la enfermedad para facilitar su conocimiento y control.

BIBLIOGRAFIAS

A.S Henderson, A. Krupinskijand Stollen, « psychopathologie de l ' adolescent », en confrontations psychiatriques, 7 1991, pág-837-868.

G.Huber, G. Gross, « diagnostic aspects of depression », en Am. J Epidemiology, 133, 10. 1992 pág. 484-497.

Blehar MD, Oren DA. Gender differences in depression. Medscape Women's Health, 1997; 2:3. Revisado de: Women's ncreased vulnerability to mood

disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. Depression, 1995; 3:3-12. E. M. Serfaty, J.H. Andrade, H. D. Águila, A. E. Masaútis, V.L Estudios epidemiológico de la depresion. 1991.

Ferketick AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. Archives of Internal Medicine, 2000; 160(9): 1261-8.

Frank E, Karp JF, Rush AJ (1993). Efficacy of treatments for major depression. Psychopharmacology Bulletin, 1993; 29:457-75.

Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. Journal of the American Medical Association, 1997; 278:1186-90. Robins LN, Regier DA (Eds). Psychiatric Disorders in America, The Epidemiologic Catchment Area Study, 1990; New York: The Free Press.

Marcelli, Adolescente et depression, paris, Masson, 1991.

Robins LN, Regier DA (Eds). *Psychiatric Disorders in America, the Epidemiologic Catchment Area Study*, 1990; New York: The Free Press.

Tesis de la Dra. Celia Antonini. Psicóloga Clínica. Trastornos Depresivos www.nimh.nih.gov/publicat/depresion 2002

http://www.psiquiatria.com

http://www.gogle.com (depresion)

http://www.nimh.nih.gov

ANEXOS

TRABAJO INTRODUCCION A LA INVESTIGACIÓN
TITULO
FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN ADULTOS
CARI – BARRANQUILLA 2003

Características generales del usuario
Fecha de diagnostico de la enfermedad

Día ☐ Mes ☐ Año: ☐

1. Edad ☐ 10-20 ☐ 20-40 ☐ 41 o más años ☐

2. Sexo. Femenino ☐ Masculino ☐

3. Grupo étnico Blanco___ Mestizo___ Mulato ____ Negro___

4. Nivel de escolaridad
   - Analfabeta ____
   - Primaria: ____
   - Secundaria ____
   - Universitarios ____

5. Estado Civil.

   ☐ Soltero ☐ Casado(a) Viuda(a) ☐ Otros ☐

6. Estrato: 1 __ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___

7. Religión:
   - Católica ___
   - Evangélica ___
   - Otro ___

8. Ocupación: _____

9. V.P.C
   - ↑ Aumento ___
   - ↓ Disminución ___

10. Que antecedentes hereditarios tiene el usuario?_____

11. Padece otra enfermedad: Si ☐ No. ☐ Cual:____

12. Cuales fueron los síntomas:

_____

13. Los familiares lo apoyaron para la recuperación

    Si ☐ No ☐

14. El paciente depende económicamente de:

Esposo____ Familiares_____ Hijos _____ Otro____ Cual_____

15. Tiene antecedentes de enfermedad? _____

16. Presenta relaciones satisfactorias con:

Cónyuge _____
Hijos _____
Hermanos _____
Tíos _____

17. Orden que ocupa el usuario en la Familia nuclear:

- 1º ____
- 2 ____
- 3 ____
- 4 ____
- 5 ____
- 6 ____

18. Que estudios paraclínicos le han realizado:_____

19. Cual fue el diagnostico_____

20. Cual fue el tratamiento_____

Efectuado por: _____

Barranquilla 2004

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

CUADRO DE VARIABLES
FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN ADULTOS CARI, AÑO 2003

Macrovariable	Nombre de la variable	Definición de la variable	Naturaleza	Nivel de medición	Clasificación
Factores personales (V.E.P.)	Edad	Referencia de la edad anotada en la H.C. de los usuarios objeto de estudio.	Cuantitativa	Interval	17-27 28-38 39-49 50-60 61-70 72-75
	Sexo	Género evidenciado en la H.C. de los usuarios objeto de estudio.	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
	Grupo étnico	Grupo étnico registrado en las historias clínicas de los usuarios objeto de estudio.	Cualitativa	Nominal	Negro Blanco Mestizo Mulato
	Escolaridad	Nivel de escolaridad referenciado en la H.C. de los usuarios	Cualitativo	Ordinal	0º-5º 6º-9º 10º-11º Superior técnica
	Estado civil	Condición civil identificado en la H.C. de los usuarios objeto de estudio	Cualitativa.	Ordinal	Soltero Casado Separado Viudo
	Estrato	Nivel socio-económico notificado en la H.C. de los usuarios objeto de estudio	Cuantitativa	Ordinal	Estrato 0 Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6
	Religión	Creencias religiosas a cerca del ser supremo registrada en las H.C. de los usuarios objeto de estudio	Cualitativa	Nominal	Católico Evangélico Otro
	Ocupación	Referencia sobre la ocupación referenciada en las H.C. de los usuarios objeto de estudio.	Cualitativa	Nominal	Si Trabaja No trabaja

V = Viudo C = Casado S = Soltero N = Otro	1= Analfabeta 2 = Primaria 3 = Secundaria 4 = Universitario	Estrato: 1 2 3 4 5 6	Religión: Católica: 1 Evangélica: 2 Otro: 3	a. Antipsic. b. Antibióticos c. Antidepresivos d. Mod. Del afecto e. INSNC	TTO

(V.P.C)Variación de Peso corporal ↑ Aumento ↓ Disminución — No Registra	I = Insomnio M = Miedo N = Nervios LL = Llanto A = Angustia P = Pánico	Relaciones o Test B = Buena M = Malo

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA