



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD MENTAL



PREVALENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA DEPRESIÓN

AUTORES:

Br. Borba, Analaicén
Br. César, Elena
Br. Cuello, Cecilia
Br. Mesa, María José
Br. Moran, Analía

TUTORES:

Prof. Agda. Lic. Enf. Garay, Margarita
Prof. Adj. Lic. Psic. Capezzuto, Beatriz

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2006

ÍNDICE:

	Páginas
• Introducción-----	1
• Tema,	
• Planteamiento del problema,	
• Fundamentación-----	2
• Objetivos-----	3
• Marco Conceptual-----	4
• Marco Referencial-----	21
• Material y Métodos-----	23
• Resultados-----	26
• Análisis-----	34
• Conclusiones y Sugerencias -----	37
• Bibliografía-----	38
• Anexos -----	39
• Anexo N°1:Carta Solicitud Permiso Ético-----	40
• Anexo N°2:Protocolo de Investigación-----	41
• Anexo N°3:Instrumento-----	48

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se expone a continuación, fue realizado por cinco estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Enfermería, perteneciente a la Universidad de la República.

El presente trabajo es una investigación descriptiva , de corte transversal, que se ejecutó en la República Oriental del Uruguay en la ciudad de Montevideo, en el Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en noviembre del 2006.

El tema seleccionado surge de experiencias prácticas anteriores realizadas por las integrantes del grupo investigador en el Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional , despertando de ésta manera el interés personal del grupo de abordar dicha problemática.

Con este trabajo se pretendió conocer la prevalencia de abandono en el tratamiento farmacológico en usuarios depresivos durante los años 2005 y 2006, caracterizando a la población según sexo, edad, ocupación, núcleo familiar, red social y abandono del tratamiento farmacológico

Para llevar a cabo la investigación se utilizó un instrumento el cuál era una planilla estructurada con las variables en estudio , para la recolección de datos de las Historias Clínicas de los usuarios depresivos que abandonaron el tratamiento farmacológico durante los años 2005 y 2006.

TEMA: Abandono del tratamiento farmacológico en la depresión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de abandono de tratamiento farmacológico en usuarios que cursan patología depresiva entre 35 y 70 años que concurren a la policlínica del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional durante los años 2005-2006 ?

FUNDAMENTACION

Se decidió abordar este tema por el interés personal del grupo de estudiantes, dado que en experiencias prácticas de años anteriores en el Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional, se evidenció que existía un elevado número de reingresos a un segundo nivel de atención en usuarios depresivos a causa del abandono en el tratamiento farmacológico, y porque no tenemos información de que existan trabajos de enfermería referentes a esta temática.

A su vez porque Uruguay muestra, según estudios realizados niveles de prevalencia de depresión más altos que los de cualquier país europeo, debido a que tres de cada diez uruguayos urbanos(29%) tuvieron síntomas depresivos en los últimos años .La gran mayoría de los personas que experimentaron los síntomas depresivos no había consultado al médico por esos síntomas y la tasa de suicidio era más alta que que en los países europeos.

Al identificar la prevalencia de abandono del tratamiento farmacológico; damos paso para abordar la problemática desde el punto de vista de enfermería con lo que aspiramos a que esto contribuya a futuras investigaciones.

Consideramos que la continuidad del tratamiento farmacológico, representa una actividad de enfermería, del médico tratante y del resto del equipo interdisciplinario, si dicho equipo se compromete a actuar en forma continua y activa durante el tratamiento; siendo importante también la participación de la familia y/o de las redes de apoyo.Por tal motivo nos parece importante que el equipo interdisciplinario conozca datos para que su actuar sea mas específico y facilite de esta forma no sólo sus estrategias sino también la actividad de la institución y del equipo interdisciplinario teniendo como propósito disminuir las consecuencias del abandono del tratamiento y los reingresos a segundo nivel de atención.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la prevalencia de usuarios con patología depresiva que han abandonado el tratamiento farmacológico en el Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional, durante el período comprendido en los años 2005-2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la población con patología depresiva que concurren a la policlínica del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional, durante los años 2005 y 2006.
- Caracterizar a la población objeto de estudio según sexo; edad; ocupación; núcleo familiar, red social y abandono del tratamiento farmacológico.
- Identificar el número de usuarios que abandonaron el tratamiento farmacológico en relación a los usuarios depresivos.

MARCO CONCEPTUAL

Para introducirnos en el conocimiento y profundización de nuestra temática, se hace necesario explicar determinados marcos conceptuales, que nos permitirán abordarlo.

Consideramos importante destacar que el hombre es un ser histórico, en una interacción bio-psico-socio-cultural y espiritual, que mantiene una relación e interacción dialéctica con el medio y es capaz de transformarse él y al medio. Se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psicobiológico, aún cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta.

En el organismo humano se integran un cuerpo o soma y una psiquis: que se desarrolla a lo largo de ese proceso de transformaciones; nace, se desarrolla y cumple su ciclo vital.

Históricamente el hombre se ha ocupado más de la enfermedad que de la salud; es decir de las actividades destinadas a "curar" a los enfermos que de "proteger" a los sanos. Durante milenios el concepto de salud se asociaba a la ausencia de enfermedad. Hoy se la denomina como "un fenómeno bio-psico-social, dinámico muy variable. En la especie humana corresponde a un estado ecológico, fisiológico, social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la capacidad del ambiente social". (1)¹

La salud y la enfermedad no pueden separarse en términos absolutos, muchas veces no es posible distinguir entre lo normal y lo patológico; pues existe un dinamismo entre ambos conceptos.

Desde el punto de vista dinámico se define la salud como "El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo". (2)²

Es a partir de ahí que comienza a expandirse la salud y la enfermedad como un proceso.

¹ San Martín H. Salud Pública y Medicina Preventiva. Barcelona: Editorial Masson;1989.

² Salleras L. Educación Sanitaria, Principios, Métodos y Aplicaciones. Madrid: Editorial Díaz de Santos;1985

"Este constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en el que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud- enfermedad en que se encuentre.

La salud es un derecho inalienable de hombre, que debe estar asegurado por el estado, a través de políticas eficaces con participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos".

(3)³

Para evaluar el proceso salud-enfermedad de la población a estudiar desarrollaremos un trabajo en un servicio del primer nivel de atención de la salud.

Primer nivel de atención:

"Es la entrada al sistema de salud, es el contacto directo con el mismo, la comunidad, y barrio. Se define como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada y que deben ser accesibles a la misma". (4)⁴. Es la base del sistema de salud.

Las actividades que se realizan son de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

El Primer Nivel de Atención en salud debe ser la base del sistema de salud, su estructura física con Los centros de Atención Primaria, con un equipo interdisciplinario responsable de la atención.

Es así que se considera a la Atención Primaria en Salud "como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de la etapas de su desarrollo; con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". (5)⁵

La Atención Primaria debe ser *integral*, porque considera al ser humano desde una perspectiva bio-psico-social; *integrada*, ya que interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, y

³ Plan Estudios 93'. Proceso Salud-Enfermedad. Montevideo;2002.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Primer Nivel de Atención. Montevideo:OMS;2002.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Montevideo:OMS;2002.

reinserción social que han de formar parte de las actuaciones desarrolladas.

Se integran finalmente con las restantes estructuras, y niveles del sistema sanitario; *continuada y permanente*, a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia. *Activa*, los profesionales de los equipos han de trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, con especial referencia en los campos de la promoción y la prevención. *Accesible*, los ciudadanos no deben tener dificultades importantes para poder tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios y no sanitarios. *Comunitaria y participativa*, proporciona atención a los problemas de salud colectivos y no solos individuales.

La APS está basada en la participación activa de la comunidad en todas las fases del proceso de planificación, programación y puesta en práctica de las actuaciones.

Programada y evaluable, con actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos.

Docente e investigadora, desarrolla actividades de docencia, así como de formación continua de los profesionales del sistema y de investigación básica y aplicada en las materias propias de su ámbito".⁽⁶⁾

"Es una filosofía que orienta a tener planes estratégicos para enfrentar los problemas de salud en una realidad concreta que compromete y afecta a todo el sistema de salud y a la población".⁽⁷⁾

La noción de salud depende por lo tanto de consideraciones no tan sólo científicas sino también fisiológicas teniendo una concepción de un hombre y de su desarrollo. La noción de salud implica elementos biológicos, psicológicos, sociales y culturales estrechamente entrelazados entre sí, sin que puedan separarse los unos de los otros. Por lo tanto el hombre no puede ser considerado como una entidad separada del medio global en el cual vive y se desarrolla entre el punto de vista ontogenético. Cuando hablamos del hombre, hacemos siempre referencia al hombre en sociedad, es decir a la comunidad.

⁶ Meliá S. Conocimientos, Desafíos y Esperanzas. Montevideo: Oficina del libro; 2005.

⁷ Plan de Estudios '93. Concepto de APS. Montevideo; 2002.

Aún dentro de la medicina clínica e individual, el objetivo final no es sólo la recuperación de la salud del individuo sino también su readaptación a la sociedad.

En el ámbito de la salud siempre se ha tenido en cuenta la influencia de factores sociales en la producción de la salud o de la enfermedad. Es por tal motivo que la salud del hombre no sólo se considera desde lo físico, sino también desde lo mental; de ésta manera la sociedad y su influencia tiene un papel trascendental con el equilibrio de la salud física y psicológica del ser humano.

El concepto de Salud Mental en si mismo esta condicionado culturalmente tanto a lo largo de la historia como en cada situación cultural concreta.

Según la OMS; la Salud Mental "es aquel estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente a los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social." De ésta manera la Salud Mental constituye uno de los elementos de la salud integral de disciplinas y prácticas diversas vinculadas a todos los campos de las actividades humanas. Representa un campo complejo y transdisciplinario que debe admitir la comprensión de la subjetividad, la singularidad y la diferencia entre lo individual y lo colectivo entendiendo el conflicto en el cotidiano de las instituciones y de la sociedad; abriendo un campo de la vida social y advirtiendo sus interrelaciones saludables y perjudiciales.

Max Neef establece nueve principios o necesidades humanas fundamentales; estas son subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad; a partir de estos postula que el mejor proceso de desarrollo de las personas será aquel que permita elevar más la calidad de vida, dependiendo ésta de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades, se evalúa el grado de salud alcanzado por una persona o colectivo. Esta concepción implica un marco bio-psico-social e histórico de la salud con fuerte apoyo en las ciencias sociales, incluyendo los conceptos de conflicto y participación.

En convergencia con este concepto Vicente Galli plantea una concepción de la Salud Mental como un "estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración de los elementos progredientes, con crisis

predecibles e impredecibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan en sus propios cambios y en los de su entorno social.”(8).⁸

Las concepciones, las ideas, las culturas tienen que ver con el tiempo, con el periodo en el que se encuentran los hechos, de esta manera la humanidad ha evolucionado hasta llegar a los actuales conceptos.

Pero todo hecho tiene su base en la historia, sin éstos testimonios históricos los que nos permiten ver, observar y entender el tiempo en el cual nos encontramos inmersos sería imposible la evolución del ser hombre.

HISTORIA DE LA DEPRESIÓN

Los conceptos sobre la Salud Mental o la enfermedad mental han sido mencionados y estudiados desde tiempos remotos; de ésta manera los griegos, con Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra), éste estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacía que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema. La manía por otro lado era ya reconocida, como un estado de exaltación por los griegos, pero fue Areteo de Capadocia, el que hizo la conexión entre la melancolía y manía, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma persona en el siglo.

La primera descripción en Inglés, que se hace de la depresión, corresponde al libro del Robert Burton (1577-1640) Anatomía de la Melancolía el cual se publica en 1621. El trabajo de Burton fue alabado por los médicos de su época, dentro de los que destaca William Osler. Burton nació en Leicestershire, y se educó en Oxford, en donde llegó a ser bibliotecario de la "Christia's Church College". La primera edición de la Anatomía de la Melancolía apareció en 1621, y fue un éxito de inmediato. En vida de Burton, él la revisó las cinco ediciones que le tocó vivir.

El alienista Esquirol, alumno de Pinel, fue el primero que observó que hay formas de locura, que no avanzan más lejos que la tristeza profunda. Fue él quien describió a la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto.

Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, discípulos de Esquirol, estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de "foli a double forme".

⁸MeliáS.Conocimientos, Desafíos y Esperanzas.Montevideo:Oficina del libro; 2005.

Los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la observación de sus pacientes de forma longitudinal, por años, y de esta manera pudieron correlacionar los estados de melancolía y manía. Kraepelin fue quien hizo la separación de los tres grandes grupos de trastornos que llenaban los manicomios entonces: esquizofrenias (Dementia Praecox); Demencias y Enfermedad maniaco-Depresiva.⁽⁹⁾

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEPRESIVO Y DEPRESIÓN

Actualmente se habla de Síndrome Depresivo considerándolo como "Un trastorno de ánimo o humor caracterizado por una disminución o pérdida de interés por la vida, pérdida de sentimientos de alegría, autoestima y esperanza que se acompaña de manifestaciones somáticas y conductuales. El hecho de vivir se vuelve doloroso, el paciente se queda sin fuerza para cambiar su situación y no cree que pueda mejorarlo; pueden existir intensos deseos de muerte (riesgo de suicidio). La situación de enfermedad que implica una pérdida de salud, la recreación mas común a una pérdida es la tristeza, pero hay momentos que el sentimiento de pesar y dolor psíquico desborda, lo atribuye a la situación actual por lo que es necesario distinguir efecto normal del tristeza de síndrome depresivo"⁽¹⁰⁾.

Se considera la depresión como una etapa en el espacio comprendido entre la salud y la enfermedad, a veces con un cometido útil, la reacción de pesadumbre y el proceso del ciclo estarían situados en el extremo sano del espectro. La mayoría de las personas responde a las pérdidas de forma bastante predecible. La negación, generalmente breve, progresa hacia la toma de conciencia de la pérdida y tristeza; luego se produce la resolución, caracterizada por la aceptación de la pérdida y por la idealización del individuo u objeto perdido. El proceso de duelo, que puede durar hasta un año o más puede ser comparada con la curación de una herida física. Esta capacidad para superar las pérdidas varía mucho entre personas y depende de las experiencias interpersonales previas, la fortaleza del ego y el apoyo y los recursos disponibles. Algunas depresiones pueden ser vinculados a un duelo no resuelto.⁽¹¹⁾

⁹ Keller M. Unipolar Depresión. Review of Psychiatry. 1988; Vol. 7; pag147-281.

¹⁰ Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento Enfermería en Salud Mental. Concepto Depresión. Montevideo: F.E; 2003.

¹¹ Gastó V. Depresiones Crónicas. Barcelona: Editorial Masson; 1998.

Técnicamente la depresión puede ser: un tipo de humor, un síndrome, o una enfermedad.

Un tipo de humor:

En el primer caso lo referimos a la falta de placer y alegría, lo que se conoce también como anhedonia. Falta la resonancia de agrado frente a las cosas que antes la provocaban.

Y un predominio de lo displacentero, del pesimismo (donde lo afectivo encuentra un argumento en lo intelectual y lo proyecta al futuro), un disvalor del sentido de la vida, una vivencia de inferioridad en relación a los demás, sobre todo en lo referente a su rendimiento, y la sensación de enfermedad.

Además de todo esto, muestra poco interés hacia todo, nada le interesa y se siente insignificante frente a los demás.

Un síndrome:

Consideramos un síndrome, cuando al tipo de humor anterior se le agrega: la hipoergia, el cambio en la interacción personal, el ritmo y la alternancia en los síntomas.

La anergia, el empobrecimiento energético, la persona lo traduce como aburrimiento, desgano, falta de interés.

El enlentecimiento del pensar, el menor rendimiento laboral, torpeza en las tareas que se realizaban casi automáticamente.

Por el mismo fenómeno de la anergia el trabajo intelectual es casi nulo, y lo poco que realiza está contaminado por el estado afectivo. El cansancio fácil, el agotamiento, y la tendencia al reposo, la dificultad para levantarse de la cama son otras manifestaciones de la hipoergia. Tampoco hay voluntad para las distracciones, y actividades gratificantes.

El cambio en la interacción personal modifica los patrones de conducta propios y la recepción de las conductas de los otros: introversión, intolerancia a las reuniones, a los ruidos, a las esperas en los negocios, agrede y se siente agredida; hay hipersensibilidad a todos los hechos dramáticos.

Una enfermedad:

Como ocurre con frecuencia en psiquiatría, se sabe muy poco de las causas y patología de la depresión, por lo que es difícil determinar cuando se trata de una enfermedad y cuando de un síndrome.

Según sus causas las depresiones se pueden clasificar:

- Depresión Sintomática: debido a causas orgánicas (aspectos anatómo-fisiológicos).
- Depresión de Situación o por agotamiento: debido a una situación-jubilación, mudanza, duelo, aspecto social, etc.
- Depresión Neurótica: según la teoría psicoanalítico, debido a una reactualización de conflictos.
- Depresión Endógena: debido a algo que viene del interior, sin motivo aparente.
- Depresión Enmascarada: depresión sin depresión, (una depresión que juega a las escondidas).

Otras formas de clasificarlas:

- Según El tono psicomotor: depresión inhibida.
- Según El supuesto etimológico: depresión reactiva o endógena.
- Según su Patogenia: Depresión primaria o secundaria.
- Según su psicopatología: Depresión Neurótica o Psicótica.
- Según su forma clínica: Depresión unipolar o bipolar.¹²

La depresión es una enfermedad común a la mayoría de los seres humanos. La experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de su vida. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y reaparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas.

Se ha calculado que el costo personal de un cuadro de depresión que llega a durar de seis a ocho meses, es más severo e incapacitante que la diabetes Mellitus o la hipertensión arterial.

¹² <http://wikipedia.org/wiki/depresi%C3%B3n>.

¿POR QUÉ NOS DEPRIMIMOS?

Esta es una de las preguntas que mantiene a una serie de grupos de especialistas en salud mental ocupados. Éstos han encontrado que existen una serie de factores, cuya combinación o a veces por separado hacen que una persona se deprima. Por un lado existen los factores hereditarios. Finalmente los familiares de primer grado de un enfermo deprimido (hermanos, padres y abuelos) presentan cuadros de depresión más frecuentemente que el resto de la población. Lo anterior ha llevado a la búsqueda del gen o genes de la depresión.

En los amish, se ha detectado que el cromosoma número 11, puede tener que ver con la alta frecuencia de la enfermedad "Maníaco-Depresiva" o enfermedad bipolar, en donde en la fase del polo de la depresión, las manifestaciones de la enfermedad son indistinguibles de la forma de depresión que son nada más depresiones o que se llaman unipolares.

Más adelante trataremos en detalle de la enfermedad bipolar.

Otros genes se han propuesto para la depresión, de entre ellos destaca el cromosoma sexual "X", esto sobre la base de que las mujeres tienen dos veces mayor incidencia de depresión que los hombres y a que un defecto que es la ceguera a los colores (daltónica), se ve más frecuentemente en las mujeres que padecen de depresión. Por supuesto que otros factores biológicos (v.gr., hormonales) o sociales (v.gr., sociedades machistas, la doble carga de trabajo, etc.), pueden ser factores determinantes de que las mujeres sean mucho más vulnerables a desarrollo de depresión que los hombres. Se sabe por ejemplo que las mujeres casadas, padecen con más frecuencia depresiones que los hombres. En ellos, es más frecuente las depresiones cuando son solteros. Este último dato nos habla de la importancia de factores psicosociales para la expresión o desarrollo de esta enfermedad.

A su vez no sólo influye la predisposición genética para padecer el trastorno depresivo, sino, que hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio, o cualquier episodio estresante en la vida pueden precipitar a un episodio depresivo.

Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales.

Cuando se habla de vulnerabilidad, se refiere a una labilidad que existe en algunas funciones del sistema nervioso que no responden adecuadamente, cuando una persona desarrolla depresión.

En este sentido, se puede suponer que hay un sistema que nos protege de que desarrollemos depresión, y que cuando este sistema se "fatiga" o es más vulnerable, entonces sobreviene la depresión. Por supuesto que en algunas personas puede fatigarse más rápido ese sistema que en otras, y entonces, cuando esto ocurre, hablamos de vulnerabilidad.

En un sentido más simplista se podría conceptuar como el tener un umbral muy bajo para que se instale la depresión y que además, cuando esta llega, permanezca más tiempo.

En un sentido simplista se podría decir que la depresión es un extremo de la falla en los mecanismos de estrés. Cuando reaccionamos ante situaciones estresantes tenemos un estado de exceso de actividad, nuestro corazón va más de prisa (v.g taquicardia), estamos con mayor riego sanguíneo al cerebro y músculos y nuestras pupilas están dilatadas. Pero esta situación, que en general se presenta de manera aguda se va atenuando, en la medida que la situación que nos induce estrés va disminuyendo.

Pero si el estrés persiste de manera continua, o eventualmente se agregan otros estímulos estresantes, entonces el sistema decae y se produce la depresión.

Por supuesto que lo anterior, que podríamos llamar: "La historia natural de la depresión", es sólo una especulación hipotética.

Sin embargo existen algunos "modelos animales", que hacen suponer que esto puede estar cercano, por lo menos en algunos casos a lo expuesto anteriormente.

Siendo la depresión considerada como un síndrome es de gran relevancia identificar y comprender los signos y síntomas de ésta para poder actuar sobre ella.

El estado de ánimo; se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado.

El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. El paciente deprimido, nota que hay una parte del día, en que se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor. Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.

Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer. Ésta es otra manifestación cardinal de la depresión. El paciente, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar.

Por ejemplo: ir al cine, salir con amigos, oír música, leer, su propio trabajo. Esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan. Por ejemplo, si a una persona le gustaba leer, pero ahora le cuesta trabajo concentrarse y retener lo que esta leyendo, y hace un gran esfuerzo en esto, entonces empieza a no ser una actividad agradable. Lo mismo es el asistir a una reunión o una fiesta, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar. El pedirle a los deprimidos que "le heche ganas"; "Que no se den por vencido"; "Que se esfuerce y socialice", es solicitarle que vaya a contratarse y a sentirse peor.

Sentimientos de culpa: Este tipo de síntoma, es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos, por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado.

Aun más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad. Finalmente en algunas formas de depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes (ideas fuera del juicio de realidad), de que están pagando no solo con sus culpas, sino las culpas de alguien más o que están espiando los pecados de tal o cual grupo de seres marginados, etc. Pueden incluso, existir alucinaciones auditivas, que los acuse e insulten.

Ideación suicida: Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que al hacer semiología en esta área, puede "despertar", la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y es mas, él desea que se le interrogue al respecto. Porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas.

Insomnio y otros trastornos del sueño: el insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío. El paciente se despierta a las 03:00 hr. de la madrugada, por ejemplo, y no puede volverse a dormir. En esas horas de soledad nocturna, el paciente, inicia con una serie de pensamiento pesimistas y de impotencia, que le impiden dormir nuevamente ("un día más"; "ni siquiera esto puedo hacer bien"; "no voy a poder continuar con esto"). Despertarse una hora mas temprano, del horario habitual, que solía tener el paciente, antes del inicio de su

depresión, es considerado como despertar matutino prematuro, o insomnio terminal. En este sentido, una pregunta clave es: ¿a qué hora se solía despertarse por última vez en la mañana, para levantarse, antes de estar deprimido? Y ¿a qué hora en promedio se ha estado despertando sin poder dormir nuevamente, en la última semana?

Algunos pacientes con depresión, pueden tener datos de insomnio inicial (incapacidad para iniciar el sueño por más de 30 minutos, en el horario acostumbrado); o insomnio terminal (fragmentación del sueño, con despertares de más de 20 minutos o levantarse de la cama, sin que sea para ir al baño). En un laboratorio de sueño, el enfermo con depresión tiene una serie de alteraciones, de las fases o estadios de sueño, como son: menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos (latencia acortada al SMOR); fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro.

Sin embargo, puede haber algunos enfermos, que en vez de presentar una baja en calidad y cantidad de sueño, tienen lo opuesto, es decir un exceso de sueño. Estas son personas que duermen de nueve a diez horas, y que refieren que entre más duermen, más deprimidos se sienten, con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.

Hay disminución de energía; esto es referido por el paciente, como una gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, como dificultad para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo: "siento como si estuviera con las pilas bajas"; "no me dan ganas de nada, solo quiero estar en la cama tumbado sin hacer nada"; "las cosas las hago como en cámara lenta". Aquí hay que evaluar, que cosas ya no puede hacer el paciente, y esto va desde que requiere un gran esfuerzo para trabajar, para su aseo, hasta dejar de trabajar y estar únicamente acostado o en una posición fija todo el tiempo. Los enfermos pueden llegar a un tipo de estupor, que dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder, o solo lo hacen con movimientos de cabeza. El mutismo o estupor del deprimido, se diferencia de la catatonía, que también es un tipo de inmovilidad, en que en esta última, el enfermo tiene un signo llamado: "Flexibilidad cética" (de cera de las velas), en donde se le coloca, al enfermo en posiciones antigravitatorias incómodas, por ejemplo con un brazo levantado, como de estatua de cera, y este permanece por un largo rato. Situación que no ocurre con el enfermo deprimido.

La agitación psicomotriz y ansiedad psíquica, son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante.

El médico, puede evaluar desde la inspección general al paciente, su estado de agitación psicomotriz, de estar presente, el paciente mueve las manos y los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos se levanta y sienta, etc. Además el paciente puede referir que se siente "nervioso", agitado, que no puede estar tranquilo, que se está preocupando mucho por cosas pequeñas que antes no le preocupaban, y aquí habrá que pedirle ejemplos de las mismas: "Ahora me preocupo mucho por la hora que llega mi marido, si no me habla dos o tres veces al día estoy nerviosa esto no me sucedía antes".

Los Malestares físicos, Es común que el paciente presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares, etc.

Alteraciones gastro intestinales y pérdida de peso.

Es frecuente que los pacientes con depresión, presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Esto se puede cuantificar en kilos, si es que el paciente se ha pesado o en tallas de ropa, ya que el paciente, siente que su ropa le queda holgada. Una pérdida de peso de más de 5 kg, sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo si la paciente es mujer anorexia o y dietas.

Por otro lado algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente, en los enfermos con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz. A este cuadro que se ha descrito se le denomina: depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más frecuencia en el invierno. También se le ha llamado depresión atípica.

Es común que ocurra una disminución del deseo sexual, una notada una baja en el deseo sexual (líbido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.

Existen manifestaciones diversas, estas pueden ser de tipo hipocondríaco, estar buscando explicaciones en el funcionamiento de sus diferentes órganos y sistemas, acudir más frecuentemente al médico con dolencias poco sistematizadas. También pueden haber dato obsesivo-compulsivos, es decir el paciente tiene pensamientos repetitivos, que no puede apartar de su cabeza, y que son reconocidos como absurdos y la repetición de actos notores o rituales, varias veces, para estar seguro de que se hacían y estaban bien hechos. En el primer caso son ideas parásitas que no se van de la cabeza y que pueden generar ansiedad a los pacientes.

En el segundo, el paciente tiene que estar revisando cosas y situaciones, para estar seguro de que las puertas y ventanas estén bien cerradas, o repetir operaciones, como el aseado, varias veces para estar seguro que estén hechos. (13)¹³

El tratamiento de los trastornos del estado de ánimo suponen múltiples retos. Dentro de estos trastornos, los sentimientos de desesperanza y el estigma de tener una enfermedad mental dificulta en muchas personas el buscar tratamiento.

El plan terapéutico de los usuarios con trastornos del estado de ánimo (Depresión) se dividen en tres fases.

La fase de tratamiento agudo dura de seis a doce semanas. Su objetivo consiste en reducir los síntomas y las conductas inapropiadas. A continuación se evita la residiva del "estado emocional angustioso". Éste período suele prolongarse durante cuatro a nueve meses y es llevado a cabo de forma ambulatoria. Los usuarios continúan con la medicación y psicoterapia; reciben información sobre la naturaleza de su enfermedad, su tratamiento y se les insita a ensayar nuevas conductas de enfrentamiento.

La fase de mantenimiento se centra en prevenir las residivas en pacientes con episodios previos de Depresión o manía.

En el actual tratamiento para los trastornos del estado de ánimo se incluyen la psicoterapia; la terapia farmacológica y en algunos casos la terapia electroconvulsiva.

El personal de enfermería desempeña un papel trascendental en cada fase terapéutica ya que es quién contribuye a enseñar, animar y guiar a los pacientes a que vivan normalmente con sus trastornos.

Con respecto a la psicoterapia, la tendencia actual favorece la combinación de psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión. Sin embargo, en casos muy leves con historia de estresantes psicosociales que explican el cuadro depresivo, y también en ciertas depresiones crónicas, el tratamiento puede ser exclusivamente psicoterapéutico de tipo dinámico, conductual, o psicoanalítico; llevados a cabo en forma individual o grupal. Éstas psicoterapias deben ser realizados por profesionales como Licenciados en Psicología y/o Médicos Psiquiatras.

El tratamiento farmacológico es otra alternativa en el trastorno de los estados de ánimo, y constituye un pilar fundamental en la terapéutica.

¹³ Keller M. Unipolar Depression. Review of Psychiatry. 1988;Vol. 7:pag147-261

No obstante su utilización se debe valorar, controlar y evaluar de forma cuidadosa.

Uno de los aspectos más difíciles del tratamiento psiquiátrico con medicamentos implica la adhesión o cumplimiento a las terapias farmacológicas recomendadas.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

La adhesión se define como el deseo o disposición a recibir el tratamiento farmacológico indicado por el Médico Psiquiatra tratante. La adhesión implica el derecho del usuario de conocer y comprender todos los aspectos de la medicación, los efectos secundarios potenciales, los riesgos y los beneficios.

La comprensión adecuada de estos aspectos tiene gran influencia en la adhesión del tratamiento. Todo paciente tiene derecho a rehusar cualquier tratamiento a menos que sea juzgado legalmente incompetente para tomar decisiones terapéuticas (14)¹⁴

Las enfermeras tienen la responsabilidad de conocer y comprender los detalles de la competencia legal sobre los derechos y deberes de los usuarios a los cuales brinda cuidados.

Existen diversos motivos por los cuales un usuario no cumple con las pautas del tratamiento farmacológico, entre las razones más comunes se encuentra la reacción frente a los efectos adversos de la medicación.

La familia juega un rol importante actuando como "aliado terapéutico", muchas veces cuando los síntomas ceden, el usuario se cree "curado" suspende el tratamiento medicamentoso y es apoyado por su familia considerando que se ha producido la "curación".

Sin embargo la necesidad del tratamiento medicamentoso puede ser prolongado, por éste motivo es esencial que tanto el paciente como su familia comprendan los diversos aspectos de la enfermedad y el tratamiento.

Tanto el esquema referencial, como las experiencias anteriores del usuario con medicamentos influyen en la adhesión del tratamiento medicamentoso. Por éste motivo enfermería debe cuidar teniendo en cuenta la individualidad del usuario, considerándolo como un ser biopsico social único e irrepetible.

La sensibilidad del cuidador (enfermería) con cada usuario influye positivamente en el tratamiento.

¹⁴ Carballal .Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica.Madrid,España: Editorial Panamericana;2001.

El desarrollo de una alianza terapéutica, el conocimiento de las redes de apoyo con las que cuenta el usuario son esenciales para lograr la rehabilitación y recuperación de la salud. Los miembros de la familia desempeñan un papel esencial en el tratamiento. Muchos usuarios dependen de su familia para el apoyo doméstico, asistencia financiera y consejo emocional.

El movimiento actual hacia la desinstitucionalización ha requerido más dependencia de la familia y de los modelos de base comunitaria. La enfermera desde éste enfoque debe verse desde una perspectiva colaboradora que incluya en la actividad asistencial a la familia; para potenciar los beneficios de la medicación psicotrópica y la respuesta positiva de el usuario a el tratamiento. Las enfermeras deben clarificar sus propios valores sobre el beneficio de la medicación psicotrópica para tratar trastornos psiquiátricos. Esta clarificación influirá en los cuidados de enfermería proporcionados a usuarios que pueden estar rechazando la medicación.

La enfermera debe comprender los múltiples factores que influyen en sus actitudes, los valores institucionales de su ambiente laboral y su sistema personal de valores sobre la asistencia a las personas. La relación de los niveles de prevención con Salud Mental implica que la enfermera en un primer nivel de atención debe conocer todos los aspectos del individuo que puedan condicionar al desarrollo al abandono del tratamiento farmacológico entre ellos la familia, el nivel socioeconómico, los antecedentes personales del individuo a través de consultas de enfermería, visitas domiciliarias, para detectar precozmente aquellos factores que pueden llevar al usuario al abandono de tratamiento, al suicidio y al reingreso a un segundo nivel de atención.

..".Los clientes son personas. Son algo más que organismos biológicos. Desde su nacimiento hasta se muerte, las personas viven en un entorno, interactúan con otras personas que, de una forma u otra, influyen sobre ellas las personas tienen necesidades y desafíos psicológicos, y se moldean según estos el personal de salud mental piensa con demasiada frecuencia que conoce los problemas del cliente y se apura para hacer algo al respecto. El hecho es que solo el cliente conoce su estado existencial y busca trabajar con el personal psiquiátrico para recobrar gradualmente una conciencia total de sus problemas y, para la resolución de éstos" (15)¹⁵

¹⁵ Wrenner, A. Teoría Interpersonal en la Práctica de Enfermería Trabajo de Hildergard Peplau. Barcelona, España: Editorial Masson; 1996.

¹⁶ Gerrero R, Gonzalez G. Epidemiología. Barcelona :Editorial Adison; 1996.

¹⁷ Gonzalez L. Prevalencia Depresión en Uruguay. EL PAIS. 1998/09/13.

Dado que nuestro problema planteado para la investigación es conocer la Prevalencia de Abandono del Tratamiento Farmacológico en usuarios Depresivos consideramos necesario definir prevalencia: la cual es el "número de casos nuevos de una enfermedad, o número de veces que ha aparecido un caso durante un período de tiempo determinado". (16).

Con respecto a las prevalencia de la Prevalencia de la Depresión en Uruguay indica que "Casi tres de diez Uruguayos urbanos (29%) tuvieron al menos síntomas depresivos durante el primer semestre de este año. En particular: uno de cada diez (11%) sufrió depresión mayor, el 5% depresión menor , y el resto (13%) tuvo síntomas depresivos que, según su propio criterio, no afectaban sustancialmente su vida cotidiana.

Uruguay muestra, entonces, niveles de prevalencia de depresión más altos que los de cualquiera de los países europeos incluidos en el estudio DEPRES (el que sirvió de modelo para la investigación Uruguay).

Esto es consistente; por ejemplo, con lo que se observa al comparar las tasas de suicidio: la Uruguay es más alta que el promedio de esos países (y bastante más alta que la española en particular).

La estructuración de los datos Uruguayos es la misma que la edad de todos los casos europeos: el grupo relativamente más numeroso es el de los que sólo exhiben síntomas depresivos, y el menos numeroso es el de los que padece depresión menor. Esta semejanza vale también para el grueso de los resultados Uruguayos, que son muy consistentes con los del estudio DEPRES.

La gran mayoría (71%) de las personas que experimentaron los síntomas depresivos no había consultado médico por esos síntomas. En ese aspecto los Uruguayos, tal vez por razones culturales, se parecen mucho más a los españoles que a los europeos. En general, cuanto más severo era el tipo de depresión, más frecuente fue la consulta médica. Pero aún entre los que sufrieron una depresión mayor seis de cada diez (el 62%) no consultaron médico".(17)

MARCO REFERENCIAL

Consideramos presentar una breve reseña del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional, ya que será el lugar donde desarrollaremos la investigación.

Actualmente dicho Hospital se encuentra situado en la ciudad de Montevideo.

Su construcción edilicia es horizontal; se asemeja a un monasterio, según modelos franceses de hospitales psiquiátricos de la época, y consta de una planta baja (que fue subdividida) y un subsuelo.

Posee una capacidad para 300 usuarios, con 11 salas para internación en funcionamiento actualmente; las mismas están divididas por sexo, el resto de las salas están clausuradas. A la derecha se encuentra el sector correspondiente a mujeres y a la izquierda el que corresponde a hombres.

A su vez existen salas de máxima seguridad ubicadas en el subsuelo, que son utilizadas para usuarios en proceso judicial.

La sala de emergencia está también dividida en sectores de hombres y mujeres. Separando ambos sectores se encuentra la capilla (actualmente clausurada y en reparación). En el hospital funcionan policlínicas de psiquiatría, electroencefalograma, medicina, odontología, fisioterapia; así mismo funciona como hospital diurno de rehabilitación y servicio de electro-convulsivo-terapia.

El hospital brinda atención de primer y segundo nivel de atención; posee carné de asistencia del Ministerio de Salud Pública (MSP), o en su defecto pueden asistirse pagando un arancel diario determinado por los ingresos de la persona que se asista. Desde los años 90, con el proyecto de Atención en Crisis (ACRI) se ha logrado disminuir el promedio de días de internación.

El promedio general de internación actualmente es de 20 días, que aumentan en los usuarios judiciales, por factores ajenos a su patología.

Los recursos materiales del Hospital son comprados y administrados por el mismo hospital, son rubros provenientes del Ministerio de Salud Pública y por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Los recursos humanos con que cuenta son:

-9 Licenciadas en enfermería más una Licenciada Jefe del Departamento, hay 3 Licenciadas operativas pero que están con cargo de Auxiliar de Enfermería.

-150 Auxiliares de Enfermería mas 4 asimilados a auxiliares.

Además cuenta con: médicos psiquiatras, médico general, psicólogos, asistente social, nutricionista, fisioterapeuta, odontólogos, mensajeros, personal de apoyo, economato, administrativas del Departamento de Enfermería, auxiliares de servicios y personal de guardia que está a cargo de una empresa particular que trabaja en forma conjunta y coordinada con el personal del hospital.

También cuenta con profesores de la Universidad del Trabajo del Uruguay un carpintero , un electricista, un albañil y un sanitario.

La forma de ingreso del personal es por llamado del M.S.P; las licencias son de 20 días anuales, corresponden también 30 días por estudio y el régimen de libres es de 4 días de trabajo y uno libre o 6 días de trabajo y uno libre. Dicha institución se rige las normas del M.S.P que se mencionan, en relación al tema tratado en el marco teórico.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo es una investigación descriptiva. Esta se limita a recoger datos, a describir hechos y analizar fenómenos.

Según el período y secuencia del estudio, es de corte transversal, puesto que las variables se estudian simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo (14 al 27 de noviembre del 2006).

En cuanto al área de estudio, la investigación se llevará a cabo en la República Oriental del Uruguay, en el Departamento de Montevideo, en el Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional, en la policlínica de dicho centro.

Nuestro Universo corresponderá a todos los usuarios depresivos, entre 35 y 70 años que se atienden en la policlínica del Centro de Salud mencionado anteriormente. Nuestro universo correspondió a 401 usuarios con patología depresiva.

La muestra corresponderá a aquellos usuarios depresivos entre 35 y 70 años que abandonan el tratamiento farmacológico en los años 2005 y 2006. Del total de la población nuestra muestra es de 101 usuarios.

El tipo de muestreo seleccionado es no probabilístico intencional.

El método es la revisión de documento (Historias Clínicas) durante el período comprendido entre el 14 al 27 de noviembre del 2006.

El Instrumento es una planilla estructurada con las variables en estudio.

En cuanto a la fuente de recolección de datos es secundaria, debido a que se basa en las Historias Clínicas de los usuarios depresivos que abandonan el tratamiento farmacológico.

Las variables seleccionadas para nuestro estudio fueron las siguientes: sexo, edad, abandono en el tratamiento farmacológico, composición del núcleo familiar, ocupación y red social.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Sexo:

Definición conceptual: Condición que distingue al hombre de la mujer teniendo en cuenta las características anatómicas.

Definición operacional: Femenino
Masculino.

Escala de Medición: Cualitativo Nominal.

Variable Edad:

Definición conceptual: Período de tiempo transcurrido entre el nacimiento de una persona hasta la fecha actual, expresado en años.

Definición operacional: Etapas etáreas entre: 35-40
41-46
47-52
53-58
59-64
65-70

Escala de Medición: Cualitativa Nominal.

Variable Abandono del Tratamiento Farmacológico:

Definición conceptual: Dícese del incumplimiento farmacológico por parte del usuario para tratar la patología.

Definición operacional: Cumple tratamiento.
No cumple tratamiento.

Escala de Medición: Cualitativa nominal.

Variable Ocupación:

Definición Conceptual: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Definición Operacional: Desocupado
Empleado
Changas
Jubilado
Pensionista.

Escala de Medición: Cualitativa Nominal.

Variable Composición del Núcleo Familiar:

Definición conceptual: Dícese de aquellas personas unidas por lazos sanguíneos o políticos que tienen una condición común.

Definición operacional: Vive solo
Vive acompañado.

Escala de Medición: Cualitativa Nominal.

Variable Red Social:

Definición Conceptual: Presencia o ausencia de apoyo que tiene el individuo.

Definición Operacional: Con red social.
Sin red social.

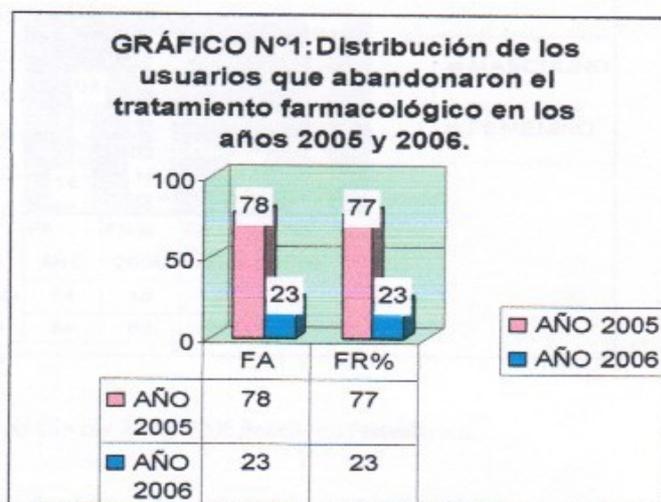
Escala de Medición: Cualitativa Nominal.

Tabla N°2: Distribución según sexo de las usuarias con patología depresiva que abandonaron el tratamiento farmacológico en los años 2005 y 2006, Montevideo.

RESULTADOS

Tabla N°1: Distribución de la población según abandono del tratamiento farmacológico durante los años 2005 y 2006, Montevideo.

ABANDONO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	FA	FR%
AÑO 2005	78	77
AÑO 2006	23	23
TOTAL	101	100

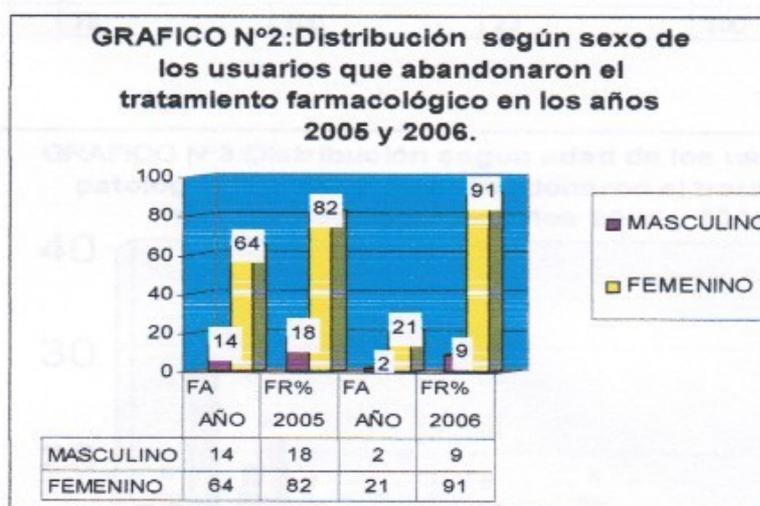


*Fuente: Historias Clínicas 2005-2006 en Policlínica Psiquiátrica.

De acuerdo a los datos obtenidos se observó que el 77% (78 usuarias) de los usuarios abandonó el tratamiento farmacológico en el año 2005 y el 23% (23 usuarios) abandonó el tratamiento en el año 2006.

Tabla N°2: Distribución según sexo de los usuarios con patología depresiva que abandonaron el tratamiento farmacológico en los años 2005 y 2006, Montevideo.

SEXO	AÑO 2005		AÑO 2006	
	FA	FR%	FA	FR%
MASCULINO	14	18	2	9
FEMENINO	64	82	21	91
TOTAL	78	100	23	100

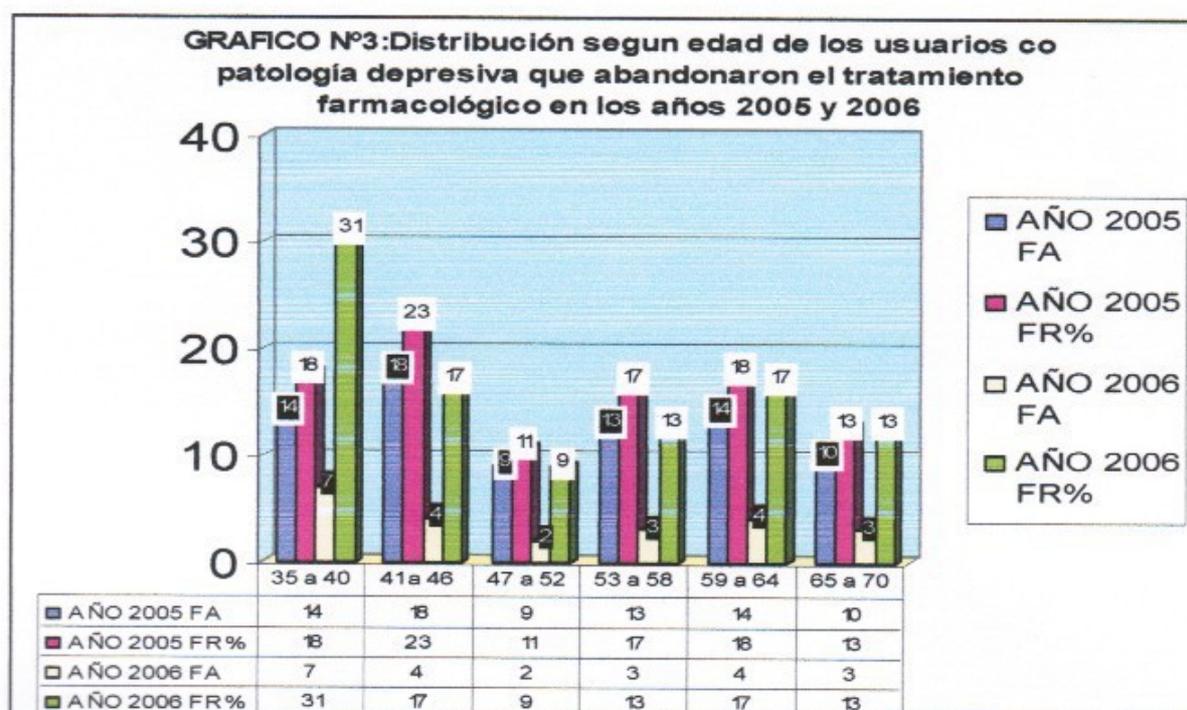


*Fuente: Historias Clínicas 2005-2006, Policlínica Psiquiátrica.

De acuerdo a los datos obtenidos se observó que de los usuarios que abandonaron el tratamiento en el año 2005 un 18% correspondió a usuarios del sexo masculino y un 82% a usuarios de sexo femenino. En lo que respecta al año 2006 un 9% correspondió al sexo masculino en contraposición al sexo femenino con un 91%.

Tabla N°3: Distribución según edad de los usuarios con patología depresiva que abandonaron el tratamiento farmacológico en los años 2005 y 2006, Montevideo.

EDAD	AÑO 2005		AÑO 2006	
	FA	FR%	FA	FR%
35 a 40	14	18	7	31
41 a 46	18	23	4	17
47 a 52	9	11	2	9
53 a 58	13	17	3	13
59 a 64	14	18	4	17
65 a 70	10	13	3	13
TOTAL	78	100	23	100



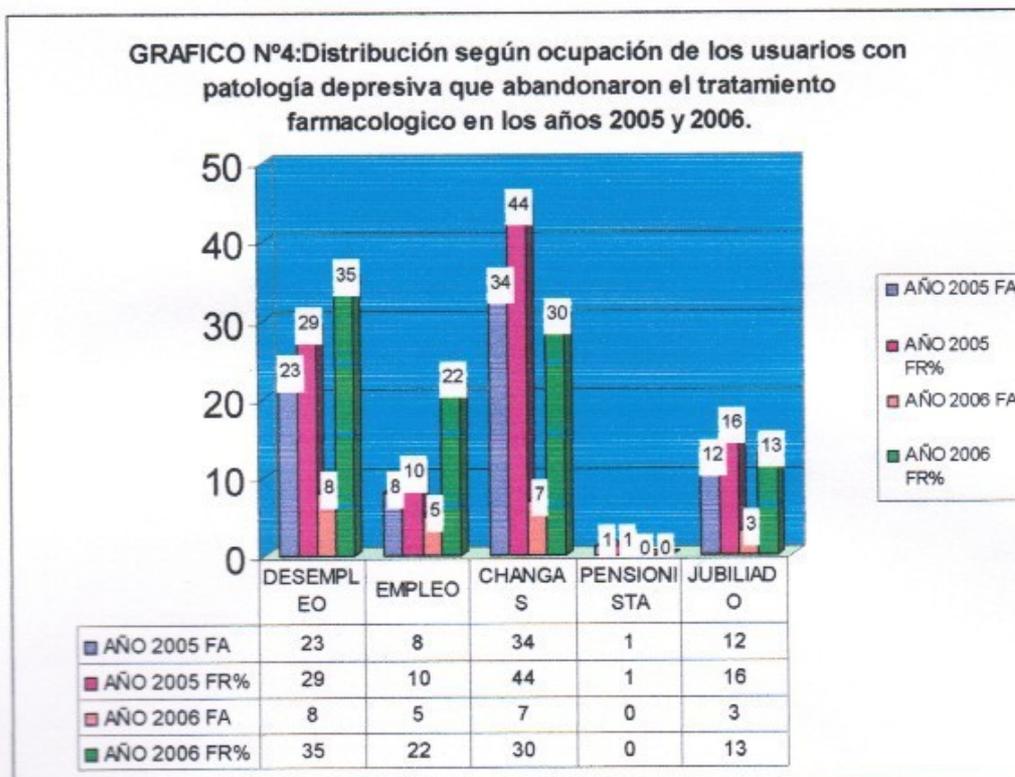
*Fuente: Historias Clínicas 2005-2006, Policlínica Psiquiátrica.

De los usuarios que abandonaron el tratamiento farmacológico en el año 2005 se destacó que: predominaba un 23% entre 41 a 46 años, un 18% entre 35 a 40 años y entre 59 a 64 años, un 17% entre 53 a 58 años, un 13% entre 65 a 70 años y un 11% aquellos entre 47 a 52 años.

De los usuarios que abandonaron el tratamiento farmacológico en el año 2006 se observó que: el 31% tenía edades comprendidas entre 35 a 40 años, el 17% entre 41 a 46 años y entre 59 a 64 años, un 13% entre 53 a 58 años y entre 65 a 70 años y finalmente un 9% entre 47 a 52 años.

Tabla N°4: Distribución según ocupación de los usuarios con patología depresiva que abandonaron el tratamiento farmacológico en el año 2005 y 2006, Montevideo.

OCUPACIÓN	AÑO 2005		AÑO 2006	
	FA	FR%	FA	FR%
DESEMPLEO	23	29	8	35
EMPLEO	8	10	5	22
CHANGAS	34	44	7	30
PENSIONISTA	1	1	Ninguno	Ninguno
JUBILIADO	12	16	3	13
TOTAL	78	100	23	100



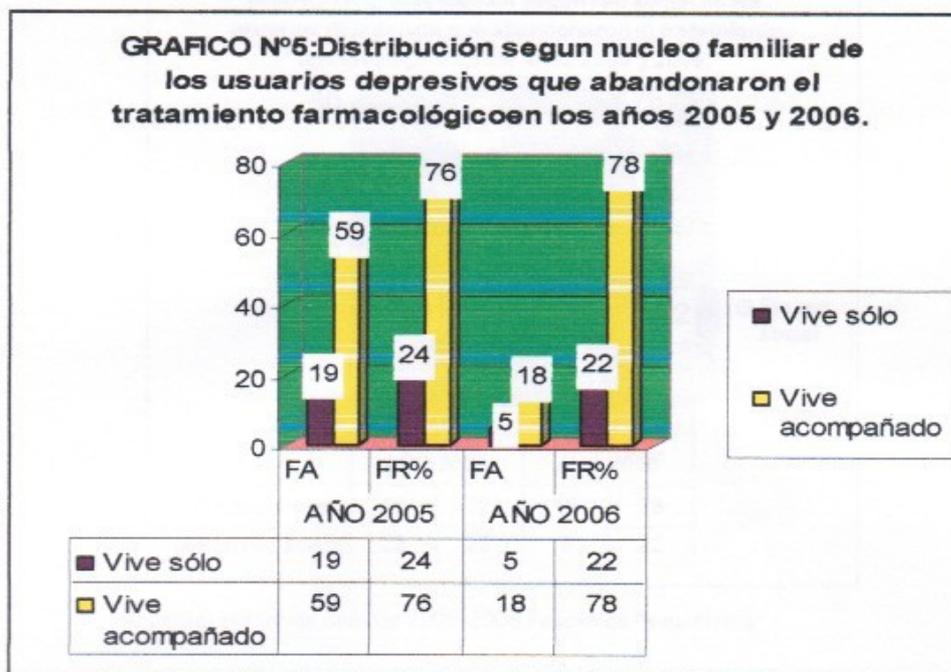
*Fuente: Historias Clínicas 2005-2006, Policlínica Psiquiátrica.

Con respecto a la distribución según ocupación de los usuarios que abandonaron el tratamiento farmacológico en el año 2005 se pudo observar que: un 44% poseía empleo inestable (changas), un 29% era desempleado, un 16% era pensionista, un 10% presentaba empleo estable, y un 1% era jubilado.

Respecto al año 2006 se pudo observar que: un 35% era desempleado, 30% poseía empleo inestable (changas), un 22% presentaba empleo estable, 13% era pensionista, y ningún usuario era jubilado.

Tabla N°5: Distribución según núcleo familiar de los usuarios con patología depresiva que abandonaron el tratamiento farmacológico en el año 2005 y 2006, Montevideo.

NUCLEO FAMILIAR	AÑO 2005		AÑO 2006	
	FA	FR%	FA	FR%
Vive sólo	19	24	5	22
Vive acompañado	59	76	18	78
total	78	100	23	100

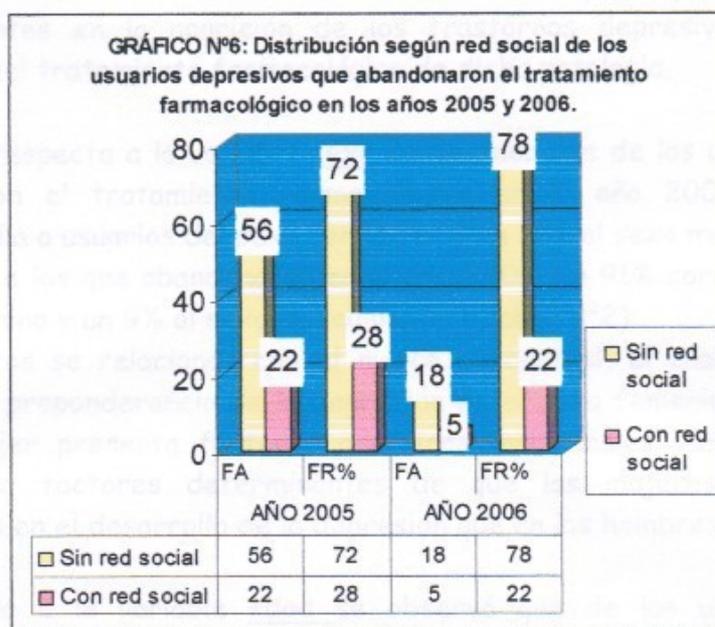


*Fuente: Historias Clínicas 2005-2006, Policlínica Psiquiátrica.

De acuerdo a los datos obtenidos se observó que: en el año 2005 de los usuarios que abandonaron el tratamiento farmacológico un 24 % vivía sólo y un 76% vivía acompañado; en lo que respecta al año 2006 se observó que el 22% vivía sólo y el 78% acompañado.

Tabla N°6: Distribución de la población según red social de los usuarios cursando patología depresiva que abandonaron el tratamiento farmacológico en el año 2005 y 2006, Montevideo.

RED SOCIAL	AÑO 2005		AÑO 2006	
	FA	FR%	FA	FR%
Sin red social	56	72	18	78
Con red social	22	28	5	22
TOTAL	78	100	23	100



*Fuente: Historias Clínicas 2005-2006, Policlínica Psiquiátrica.

De acuerdo a los datos recabados se destaca que: en el año 2005 de los usuarios que abandonaron el tratamiento el 72% no presentaba Red Social, mientras que el 28% presentaba red social.

Con respecto al año 2006 se obtuvo que: el 78% no tenían Red Social, mientras que el 22% presentaba Red Social

ANÁLISIS

La población seleccionada para el estudio se constituyó por 101 usuarios con patología depresiva que habían abandonado el tratamiento farmacológico en los años 2005 y 2006, asistidos en la policlínica del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional.

De los cuales un 77% había abandonado el tratamiento farmacológico en el año 2005, y un 23% en el año 2006 (ver tabla N°1).

Para esta investigación las variables seleccionadas se utilizaron para determinar la influencia de los factores predisponentes y/o condicionantes en la aparición de los trastornos depresivos y en el abandono del tratamiento farmacológico de dicha patología.

En lo que respecta a la variable sexo se destaca que de los usuarios que abandonaron el tratamiento farmacológico en el año 2005, un 82% correspondía a usuarios del sexo femenino, y un 18% al sexo masculino.

Referente a los que abandonaron en el año 2006, un 91% correspondía al sexo femenino y un 9% al sexo masculino (ver tabla N°2).

Dichos datos se relacionan con el marco conceptual, el cual indica que existe una preponderancia de la depresión en el sexo femenino, debido a que la mujer presenta factores genéticos, hormonales y sociales que pueden ser factores determinantes de que las mujeres sean más vulnerables en el desarrollo de la depresión que en los hombres.

De acuerdo a la variable edad se observó que de los usuarios que abandonaron el tratamiento farmacológico en el año 2005, el mayor predominio correspondió a usuarios entre 41 a 46 años con un 23%, un 18% entre 35 a 40 años y entre 59 a 64 años, un 17% entre 53 a 58 años, un 13% entre 65 a 70 años y un 11% entre 47 a 52 años.

Con respecto al año 2006 un 31% correspondió a usuarios entre 35 a 42 años, un 17% entre 41 a 46 años y entre 59 a 64 años, un 13% entre 53 a 58 años y entre 65 a 70 años, y finalmente con un 9% entre 47 a 52 años (ver tabla N°3).

De acuerdo a los datos obtenidos en la muestra se destacó que los adultos jóvenes fueron los que presentaron mayor prevalencia de abandono del tratamiento farmacológico.

Dado que en el marco conceptual no se encontró que la edad fuese un factor condicionante para el desarrollo de la depresión, consideramos que sería de interés abordarlo en futuras investigaciones.

Referente a la variable ocupación se evidenció que de los usuarios que habían abandonado el tratamiento farmacológico en el año 2005, predominaron con un 44% los que presentaban empleo inestable (changas), un 29% eran desempleados, un 16% pensionistas, un 10% empleo estable y 1% jubilados.

En referencia al año 2006 se destacó que un 35% era desempleado, un 30% realizaba changas, un 22% presentaba empleo estable, un 13% era pensionista, no encontrándose ningún jubilado (ver tabla N°4).

En esta muestra se puede decir que el factor socioeconómico tiene importancia, dado que como hace referencia el marco conceptual existen factores de riesgo o adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad. Entre ellos el factor socioeconómico dado que la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral pueden precipitar a un episodio depresivo y a su vez al abandono del tratamiento farmacológico.

En cuanto al núcleo familiar se pudo destacar que durante el año 2005, el 76% de los usuarios vivía acompañado, mientras que el 24% restante vivía sólo. Con respecto al año 2006 en los usuarios que habían abandonado el tratamiento el 78% vivía acompañado y el 22% vivía sólo (ver tabla N°5).

La familia es un pilar fundamental para brindar apoyo al usuario, en este caso en particular a los depresivos, de manera de actuar como "aliado terapéutico", como hace referencia el marco conceptual. Lo cual no se relaciona con los datos obtenidos de la muestra, dado que los usuarios que habían abandonado el tratamiento farmacológico predominaban aquellos que vivían acompañados. Podríamos decir que en estos casos no incide la familia sobre la continuidad del tratamiento farmacológico, desconociéndose las razones de abandono, dado que no figuraba en las Historias Clínicas. Consideramos que sería de interés seguir investigando, por que en presencia de la familia, se produce el abandono del tratamiento farmacológico?.

En relación a la variable red social se evidenció que los usuarios depresivos que abandonaron el tratamiento en el año 2005 un 72% no contaba con red social, y un 28% si contaba con la misma. En el año 2006 un 78% no tenía red social y un 5% contaba con la misma.

Como lo indica el marco conceptual, las redes sociales con la que cuenta el usuario son esenciales para lograr la rehabilitación y recuperación de la enfermedad.

Por lo tanto, las cifras de abandono del tratamiento farmacológico se puede relacionar a que la mayor cantidad de usuarios no contaba con red social.

En suma, se observó que de la muestra (101 usuarios) predominó en ambos años: el sexo femenino, las edades comprendidas entre 35 a 40 años, el empleo inestable (changas) y los desempleados. A su vez de acuerdo al núcleo familiar predominaban los que vivían acompañados y los que no contaban con red social.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Este estudio fue realizado en la Policlínica del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional durante el período comprendido entre el 14 al 27 noviembre del 2006.

Se logró tener un acercamiento al problema de la prevalencia de abandono del tratamiento farmacológico en los años 2005 y 2006.

Con respecto a las características de la población se destaca que:

- En el año 2005 el número de usuarios que abandonaron el tratamiento farmacológico fue más significativo que en el año 2006.

Con esta investigación logramos tener una percepción de la importancia del tema y consideramos que sería interesante profundizar dicha temática a través de futuras investigaciones cualitativas. Para detectar cuales son las causas y factores de riesgo condicionantes para el desarrollo del abandono del tratamiento farmacológico.

Consideramos que es importante incluir a la familia dado que esta representa un pilar fundamental para que el usuario se sienta apoyado , que no considere que es una carga para su familia .A su vez la familia debe comprender que los síntomas del usuario son propios de la enfermedad y que cederán con el cumplimiento farmacológico , es fundamental que la familia comprenda que aunque los síntomas desaparezcan se debe continuar con el tratamiento hasta que el médico psiquiatra lo disponga.

El grupo investigador considera que sería productivo que las Licenciadas en Enfermería conjuntamente con las Auxiliares de Enfermería implementaran un programa de apoyo y seguimiento a los usuarios y familias mediante la realización de un espacio de consultas de enfermería, visitas domiciliarias con el propósito de mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico.

Consideramos que sería de valor para la profesión profundizar en este tema en estudios posteriores, con el fin de contribuir a mejorar los problemas detectados. Por esta razón pretendemos que las interrogantes que se plantearon en esta investigación, sean de motivación para investigaciones más profundas, para llegar de ésta manera a una comprensión más de la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrios F, Rivas J. Depresión, 1ª ed, Montevideo: AEM ;1996.
- Caneles F, Pineda E. Metodología de la Investigación, 2ª ed. Washington: OPS;1999.
- Carballal .Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid, España: Editorial Panamericana; Agosto 2001.
- Dajas F, Costa G, Rivero G, Dajas M. Estudio Transcultural de la Psicología y la Depresión. Montevideo: SMU;1994.
- Gastó V. Depresiones Crónicas. Barcelona: Editorial Masson;1998.
- Gorrero R, Gonzalez G. Epidemiología, Barcelona :Editorial Adison;1996.
- Haber y otros. Psiquiatría.. Barcelona, Madrid: Editorial Salvat;1999.
- Henry Ey, Bernard P, Brisset C. Tratado de Psiquiatría . 8ª ed. Barcelona, España: Editorial Masson , 1997.
- Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación, México: Editorial Interamericana; 1991.
- Jhonson B .Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, Adaptación y Crecimiento. 4ª ed. España: Editorial Interamericana;2000.
- Morrison. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Barcelona: Editorial Harcourt Brace;1998.
- Salleras L. Educación Sanitaria, Principios, Métodos y Aplicaciones. Madrid: Editorial Díaz de Santos;1985.
- San Martín H. Salud Pública y Medicina Preventiva. Barcelona: Editorial Masson ;1989.
- Stuart S. Enfermería Psiquiátrica. 2ª ed. Madrid, España: Editorial Interamericana;1998.
- Wrener, A. Teoría Interpersonal en la Práctica de Enfermería Trabajo de Hildergard Peplau. Barcelona, España: Editora Masson;1996.
- Keller M. Unipolar Depresión. Review of Psychiatry. 1988; Vol. 7: pag147-281
- Gorlero B. A un siglo de la inauguración del Hospital Vilardebó. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol N° 283: pag 146-148.
- Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Departamento Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, Desafíos y Esperanzas. Montevideo: F.E;2005.
- Meliá S. Conocimientos, Desafíos y Esperanzas. Montevideo: Oficina del libro; 2005.
- Plan de Estudios '93. Concepto de APS. Montevideo;2002.
- Plan Estudios '93'. Proceso Salud-Enfermedad. Montevideo;2002.
- Organización Mundial de la Salud. Primer Nivel de Atención. Montevideo: OMS;2002.
- Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria en Salud. Montevideo: OMS;2002.
- Gonzalez L. Prevalencia Depresión en Uruguay. EL PAIS. 1998/09/13.
- <http://wikipedia.org/wiki/depresi%C3%B3n>.

ANEXOS

ANEXO 1

Carta solicitud de
permiso ético para
operacionalización
proyecto de
investigación.

Montevideo, 16 de Octubre Agosto 2006

De: Facultad de Enfermería,
Departamento de Enfermería en Salud Mental.

A: Jefe Depto del Hospital Vilardebó.

Asunto: Solicitud de permiso ético para operacionalizar proyecto de investigación:
"Abandono de tratamiento farmacológico en la depresión".

De nuestra mayor consideración:

A través del presente solicitamos en calidad de tutores, el permiso ético para que las estudiantes de licenciatura en Enfermería que se nombran a continuación:

- Borba Anaiaicen
- César Elena
- Cuello Cecilia
- Mesa María
- Moran Analía

Puedan llevar a cabo el protocolo de investigación:
"Abandono de tratamiento farmacológico en la depresión".

Se proponen realizar este estudio en la Policlínica del Hospital, trabajando con las historias clínicas de los pacientes en tratamiento por depresión.

Esperando las autoridades comprendan la importancia de llevar a cabo este estudio, saludan a UDS. muy atentamente.

Prof. Adj. P. B. Briz Capuzzato

Prof. Adj. Lic. F. Margarita Garay

30/10/06. se habló con los Estudiantes el plazo de investigación. Seis de una semana. Se lleva a Decisión para su aprobación. Este Dpto es feno inconveniente

Lic. Ent. Brian Rodríguez
Jefe del Dpto. Enfermería

31-10-06 De acuerdo a permisos
Comité de ética

HOSPITAL VILARDEBO
DR. LIZARDO VALDEZ
DIRECTOR

ACTA: En Montevideo, a los nueve días del mes de noviembre de dos mil seis, reunida la Comisión de Ética en la Dirección del Hospital Vilardebó integrada por Dra. Margarita Arduino, Dra. Laura Cutineña, Q.F. Ismael Oimos, Lic. Enf. Cristina Sanabria y Dr. Wilser Briozzo resuelve aprobar la solicitud realizada por la Facultad de Enfermería para la realización de proyecto de Investigación denominado "Abandono de tratamiento farmacológico en la depresión", bajo los siguientes parámetros:

- 1) Los resultados de la Investigación realizada deben ser comunicados a la Dirección del Hospital Vilardebó y a la Comisión de Ética.
- 2) Será responsabilidad de los estudiantes participantes de esta Investigación velar por el buen manejo de la información adquirida y de la integridad material de las Historias Clínicas.
- 3) Deberán los estudiantes recordar que los datos obtenidos de las Historias Clínicas son confidenciales por cuanto asumen obligación de secreto.

M. Arduino
Lic. Sanabria

L. Cutineña
Dra. ARDUINO

I. Oimos
Dr. Lawrence Oimos

C. Sanabria
Q.F. Sanabria

W. Briozzo
Dr. Wilser Briozzo

[Signature]
HOSPITAL VILARDEBÓ
DR. LIZARDO VALDEZ
DIRECTOR

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Traducción del sitio en Internet de la Asociación Médica Mundial, disponible en:
http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html Acceso en marzo de 2003.

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975; 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989; 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000

art. 8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.

art. 21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Código de conducta de la investigación en Ciencias Sociales de UNESCO.

Paul de Guchteneire

art 14. Se debe mantener total confidencialidad de toda la información y del anonimato de los participantes. Los participantes deben ser informados de cualquier limitación potencial al secreto de la información suministrada.

Se deben instrumentar procedimientos para proteger la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes, en todo el material de la investigación.

ANEXO N°2

PROTOCOLO DE **INVESTIGACIÓN**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de abandono de tratamiento farmacológico en usuarios que cursan patología depresiva entre 35 y 70 años que concurren a la policlínica del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional durante los años 2005 -2006?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la prevalencia de personas con patología depresiva que han abandonado el tratamiento farmacológico durante los años 2005 y 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la población con patología depresiva que concurren a la policlínica del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional, durante los años 2005 y 2006.
- Caracterizar a la población objeto de estudio según sexo; edad; ocupación; red social; abandono del tratamiento farmacológico.
- Identificar el número de usuarios que cumplen el tratamiento farmacológico en relación a los usuarios depresivos.

Diseño Metodológico:

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizará un estudio de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal.

ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se realizará en el Departamento de Montevideo Capital de la República Oriental del Uruguay, en el Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional; en el cual se brindan servicios de primer y segundo nivel de atención.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Sexo:

Definición conceptual: Condición que distingue al hombre de la mujer teniendo en cuenta las características anatómicas.

Definición operacional: Femenino
Masculino.

Escala de Medición: Cualitativo Nominal.

Variable Edad:

Definición conceptual: Período de tiempo transcurrido entre el nacimiento de una persona hasta la fecha actual, expresado en años.

Definición operacional: Etapas etáreas entre: 35-40
41-46
47-52
53-58
59-64
65-70

Escala de Medición: Cualitativa Nominal.

Variable Abandono del Tratamiento Farmacológico:

Definición conceptual: Dícese del incumplimiento farmacológico por parte del usuario para tratar la patología.

Definición operacional: Cumple tratamiento
No cumple tratamiento.

Escala de Medición: Cualitativa nominal.

Variable Ocupación:

Definición Conceptual: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Definición Operacional: Desocupado
Empleado
Changas
Jubilado
Pensionista

Variable Composición del Núcleo Familiar:

Definición conceptual: Dícese de aquellas personas unidas por lazos sanguíneos o políticos que tienen una condición común.

Definición operacional: Vive solo
Vive acompañado.

Escala de Medición: Cualitativa Nominal.

Escala de Medición: Cualitativa Nominal.

Variable Red Social:

Definición Conceptual: Presencia o ausencia de apoyo que tiene el individuo.

Definición Operacional: Con red social.

Sin red social.

Escala de Medición: Cualitativa Nominal.

UNIVERSO Y MUESTRA:

UNIVERSO:

Nuestro universo corresponderá a todos los usuarios depresivos entre 35 y 70 años que se atienden en la policlínica del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional durante el 14 al 27 noviembre del 2006 y nuestra muestra corresponderá a aquellos usuarios depresivos entre 35 y 70 años que abandonan el tratamiento farmacológico.

MUESTREO:

El tipo de muestreo seleccionado es no probabilístico, intencional.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El método a emplear será la revisión de documentos (Historias Clínicas).

El instrumento que se utilizará para recolectar y registrar la información será una planilla estructurada con las variables en estudio.

La técnica consistirá en presentar los objetivos de la investigación, y recolectar los datos de las Historias Clínicas mediante la utilización del instrumento.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- A) AUTORIZACIÓN: Una vez elaborado el protocolo de investigación y aprobado por el Departamento de Enfermería en Salud Mental, se solicitará el consentimiento a las autoridades de la Institución a través de una solicitud firmada por las tutoras a efectos de poder aplicar el instrumento confeccionado para llevar a cabo la investigación.

B) TIEMPO:

MESES	Febrer o	Marz o	Abril	May o	Juni o	Juli o	Agost o	Setiemb re	Oct.	Noviemb re	Diciemb re
ACTIVIDADES											
PLANIFICACIÓN	***	***	** *	** *	** *	** *	***	***			
APROBACIÓN PROTOCOLO									** *	**	
EJECUCIÓN										***	
PLAN Y TABULACIÓN ANÁLISIS										*	
ELABORACIÓN INFORME FINAL											***

C) RECURSOS:

RECURSOS HUMANOS: Cinco estudiantes que cursan el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República. Las cinco integrantes del equipo investigador, participarán en todas las etapas de estudio, con la guía de dos docentes tutoras pertenecientes al Departamento de Enfermería en Salud Mental.

RECURSO INSTITUCIONAL: Se requerirá del compromiso y del apoyo de la Institución Sanitaria y en particular de la Policlínica, en donde se llevará a cabo la investigación.

RECURSOS MATERIALES:

RUBROS	CANTIDAD	DETALLE	TOTAL
EQUIPOS			
COMPUTADORA	10	\$2 HORA	470
IMPRESORA	8	\$12 POR IMPRESIÓN	440
MATERIALES			
CARPETAS	8	\$15 CADA UNA	60
DISQUETTE	8	\$10 CADA UNO	80
FOTOCOPIAS	160	\$1 CADA UNA	160
ENCUADERNACIÓN	5	\$30 CADA UNA	150
LOCOMOCIÓN			
BOLETOS URBANOS	120	\$15 CADA BOLETO	1800

D) PROCESO: El estudio se llevará a cabo por las cinco integrantes del equipo investigador. Las mismas se distribuirán en subgrupos de dos o tres personas para la recolección de datos de las historias clínicas de los usuarios que serán atendidos por los médicos en el horario de la mañana como en el de la tarde.

Es necesario instrumentar procedimientos para proteger la confidencialidad de toda la información y del anonimato de las historias clínicas en todo el material de la investigación.

E) CAPACITACIÓN: En dicha investigación donde se aplicó el instrumento de recolección de datos es sumamente importante al momento de seleccionar al personal considerar la facilidad de comunicación de las personas, en policlínica y detectar posibles dificultades en la aplicación del instrumento de recolección de datos.

F) SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN: Con el propósito de asegurar la validez y confiabilidad de la investigación se realizarán diferentes actividades durante el proceso de recolección de datos, como lo son:

- Organización y distribución del trabajo de campo.
- Aclaración y dudas sobre el instrumento de recolección de datos.
- Búsqueda y selección de sujetos de estudio.
- Organización y clasificación de los datos recabados.

G) POSIBLES FUENTES DE ERROR: Para minimizar posibles errores que se puedan presentar durante la recolección de datos consideramos necesario que:

- Cada investigador conozca el procedimiento de recolección de datos y la forma adecuada de registro de la información.

H) PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS: A través de tablas de frecuencias absolutas y relativas se hará un análisis descriptivo.

Las variables que se han seleccionado para el estudio son: sexo, edad, núcleo familiar, ocupación, red social, adhesión al tratamiento.

ANEXO N°3

INSTRUMENTO

Universidad de la República
Facultad de Enfermería
Departamento Salud Mental

Planilla estructurada para recolección de datos: "Abandono del tratamiento farmacológico en la Depresión"

Variables	Usuario	Usuario	Usuario	Usuario	Usuario	Usuario
Variable Sexo						
Masculino						
Femenino						
Variable Edad (años)						
35-40						
41-46						
47-52						
53-58						
59-64						
65-70						
Variable Abandono Tratamiento Farmacológico 2005/2006						
Cumple tratamiento	/	/	/	/	/	/
No cumple tratamiento	/	/	/	/	/	/
Variable Ocupación						
Desempleado						
Empleado						
Changas						
Pensionista						
Variable Nucleo Familiar						
Vive sólo						
Vive acompañado						
Variable Red Social						
Con red social						
Sin red social						

FE DE ERRATAS

- **Página 24:**
En variable edad, la escala de medición debería decir cuantitativa discreta, en lugar de cualitativa nominal.
- **Página 26,27,28,30,32,33:**
Debajo de cada tabla de FA y FR% de las variables en estudio debería estar explicitada la fuente la cual se especifica debajo de cada gráfica. A su vez cada una de las gráficas debería llevar en El título, la ciudad en la que se llevo a cabo la investigación (Montevideo).
- **Página 30:**
En la tabla Nº 4, en lugar de la palabra pensionista debería decir jubilado y viceversa, conservandose la correcta ubicación de los datos.
- **Página 35:**
En la variable Red Social debería decir 22% en lugar de 5%.
- **Página 37:**
En la última oración debería decir "más cercana a la realidad" en lugar de comprensión más de la realidad.
- **Página 42:**
En El último objetivo específico en lugar de la palabra cumplen debería decir abandonan.
- **Página 47:**
En El plan de tabulación y análisis en lugar de adhesión debería abandono.