



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL

**RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL SINDROME
CORONARIO AGUDO Y DEPRESIÓN EN PERSONAS
ADULTAS Y ADULTO MAYOR EN UN CENTRO
CARDIOLÓGICO PRIVADO DE LA CIUDAD DE
MONTEVIDEO**

Autores:

Br. Cedrés, Lorena
Br. Freire, Debora
Br. Gamarra, Margot
Br. González, Elizabeth
Br. Medina, María Alejandra

Tutor:

Prof. Agda. Lic. Iris Dutra

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

Montevideo, 2014

INDICE

-GLOSARIO	Pag. 3
-RESUMEN	Pag. 4
-INTRODUCCION	Pag. 5
-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pag. 6
-JUSTIFICACION	Pag. 7
-MARCO TEORICO	Pag. 11
-OBJETIVO GENERAL. OBJETIVO ESPECIFICO	Pag. 19
-DISEÑO METODOLOGICO.	Pag. 20
-DEFINICION DE VARIABLES	Pag. 22.
-PRESENTACION DE TABLAS Y GRAFICAS	Pag. 29.
-ANALISIS	Pag. 61.
-CONCLUSIONES	Pag. 65.
-SUGERENCIAS	Pag. 66.
-BIBLIOGRAFIA	Pag. 67.
-CRONOGRAMA	Pag. 68.
-PRESUPUESTO	Pag. 69.
-ANEXOS	Pag. 70

GLOSARIO

SCA	Síndrome Coronaria Aguda
EC	Enfermedades Cardiovasculares
IAM	Infarto Agudo de Miocárdio
CV	Cardiovascular
SCV	Sistema Cardiovascular
SNC	Sistema Nervioso Central
IMC	Índice de Masa Corporal

RESUMEN

El siguiente trabajo trata de correlacionar a la depresión como un factor de riesgo para el desarrollo y la progresión de la enfermedad coronaria

La persistencia de los síntomas depresivos después de la hospitalización es un fuerte elemento de riesgo para la morbimortalidad después de los síndromes coronarios agudo

Varios mecanismos psicoimmunoneuroendocrinológicos explican la interacción entre la depresión y la enfermedad cardiovascular.

Es necesario reconocer y tratar la depresión correctamente con el fin de mejorar la calidad de vida, y probablemente los resultados cardiológico en estos pacientes.

El objetivo de esta tesis es Determinar qué Relación existe entre los SCA y la Depresión en adultos y adultos mayores internados en un servicio de cardiología.

El Estudio fue cuantitativo descriptivo tipo corte transversal. La muestra fue de 76 usuarios con diagnóstico confirmado de SCA hospitalizadas un centro Cardiológico de Institución privada de la ciudad de Montevideo.

Para la recolección de los datos se utilizó el dominio de respuesta del Instrumento Escala de Beck.

Tras un seguimiento de 30 días analizamos su relación mediante un análisis bivariado. Los resultados encontrados evidencian que el 61% corresponde al sexo masculino, la franja etaria predominante con un 58% fue entre los 60 a 89 años (adultos mayores) y por lo tanto la ocupación con mayor predominio fue de jubilados- pensionistas con un 55%; 64% eran casados y el 71% tiene una estructura familiar nuclear ; sobrepeso en un 49%; los antecedentes personales que se destacan 56% Cardiopatías, Depresión 16%; el 84% de los usuarios residen en el interior del país; el 43% de los usuarios niega tener hábitos nocivo.

Un 46% manifiesta algún grado de depresión.

Con respecto a los objetivos planteados, se pudo determinar las relaciones existentes entre los SCA y la Depresión.
Se logró caracterizar a la población en estudio e Identificar los factores de riesgo presentes

PLANTE INTRODUCCIÓN ORLENA

La presente tesis de grado fue realizada por un grupo de cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, cursando quinto ciclo, segundo módulo, de Facultad de Enfermería – Universidad de la República.

La temática abordada se enmarca en las líneas de la cátedra de enfermería en salud mental (ENSAME). Este trabajo fue realizado con el objetivo de determinar qué Relación existe entre síndrome coronario agudo (SCA) y la depresión, en usuarios que están internados en una Unidad Cardiológica privada de la Ciudad de Montevideo, en un periodo de 30 días (16 de julio al 14 de agosto de 2014)

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo Universo son todos los usuarios adultos y adultos mayor que ingresan a la Unidad Cardiológica, donde la muestra elegida está conformada por los usuarios que ingresan a la unidad cardiológica por un SCA y que aceptan participar en nuestro trabajo de investigación. Dicha institución se caracteriza por tener cobertura y alcance nacional, por lo que hace que el tipo de usuario de la muestra tenga diferentes orígenes dentro del territorio nacional. Nuestras conclusiones apuntan a dejar líneas de trabajo en el servicio con este tipo de usuarios.

Los fundamentos del estudio que se proponen son múltiples, consideramos de relevancia mencionar que los SCA, son la causa de muerte más frecuente en nuestro país (34% de fallecimientos al año) y que hoy en día cada vez son más las investigaciones (*Depresión y Síndrome Coronario Agudo- Dr Carlos E. Romero. Depresión una Enfermedad Sistémica- Dra Stella Bocchino. OMS/OPS*) que vinculan la depresión como característica en dicha patología, es por esto que esta investigación pretende conocer la relación entre la depresión en los usuarios con SCA

La bibliografía relevada muestra una estrecha vinculación y correlación entre estas dos patologías.

El trabajo de campo fue realizado en un tiempo de 1 mes

Los datos fueron obtenidos a través del uso de instrumento realizado por los investigadores y la aplicación de la escala de Beck

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ✓ ¿Qué relación existe entre usuarios que padecen SCA y depresión; internados en un servicio Cardiológico privado de la Ciudad de Montevideo en el periodo comprendido entre el 16 de Julio al 14 de Agosto del 2014?

Sabiendo que el SCA es la causa de muerte más frecuente en nuestro país y que hoy en día cada vez son más las investigaciones que vinculan la depresión como característica en dicha patología, esta investigación pretende conocer la relación entre la depresión y el SCA.

Las enfermedades cardiovasculares del corazón en Uruguay causan 2442 defunciones anuales (tasa 79.01 por 100000 habitantes). El conjunto de EC son aproximadamente el 30 % del total de fallecimientos, causando 25 muertes por día en Uruguay.

Las patologías crónicas y en especial las del sistema cardiovascular, donde no solo se comprometen diferencialmente en el nivel biológico, sino que la asociación con las emociones y el temor a la muerte afecta esta dimensión de una u otra manera en estos usuarios. Incluso por esto que sean pacientes con mayor predisposición a aducir algún tipo de depresión. De esta manera los pacientes con EC tienen mayor probabilidad de sufrir su enfermedad actual, ya que la depresión es una de las lesiones de riesgo menos tratadas.

Para el equipo de salud en el hospital es de suma importancia la detección temprana de signos y síntomas de depresión en usuarios que ingresan por un Síndrome Coronario Agudo. Los usuarios que padecen este trastorno psicológico pueden sufrir graves pérdidas de capacidad como una menor calidad de vida. También estos sufren más visitas a consultas externas psiquiátricas, urgencias, etc.), debido a lo antes mencionado aumenta el número de hospitalizaciones, así como el riesgo de la vida. También, una influencia negativa y perjudicial en la adhesión del tratamiento planteado. Si no hay una adhesión al tratamiento y se descuida el tratamiento, puede desencadenar episodios depresivos por alteración del desarrollo y función social y familiar. Además, se estima que afectando una depresión puede la gravedad de los síntomas clínicos e incluso las consecuencias personales y sociales. Todo esto subraya la importancia de la detección temprana y del tratamiento de la depresión.

En Uruguay la prevalencia de la Depresión en la población general (ROD) es el Mujeres 10%, en Hombres de 7% y en Pacientes Coronarios 15%.

JUSTIFICACIÓN

En Uruguay la primera causa de muerte son las Enfermedades Cardiovasculares¹...

La Depresión es una de las enfermedades con mayor aumento e incidencia en los últimos años en nuestro país y aun la menos tratada²....

Dado que los SCA es la causa de muerte más frecuente en nuestro país y que hoy en día cada vez son más las investigaciones que vinculan la depresión como característica en dicha patología, esta investigación pretende conocer la relación entre la depresión y el SCA

Las enfermedades isquémicas del corazón en Uruguay causan 2442 defunciones anuales (taza 73.01 por 100000 habitantes). El conjunto de EC son aproximadamente el 30 % del total de fallecimientos, causando 25 muertes por día en Uruguay³.

Las patologías Crónicas y en especial las del sistema cardiovascular, donde no solo el compromiso disfuncional es a nivel biológico, sino que la asociación con las limitaciones y el temor a la muerte súbita está presente de una u otra manera en estos usuarios, hacen por esto que sean pacientes con mayor predisposición a adquirir algún tipo de depresión. De esta forma los pacientes con EC tienen mayor probabilidad de agravar su enfermedad actual, ya que la depresión es uno de los factores de riesgo menos tratados.

Para el equipo de salud en su totalidad es de suma importancia la detección precoz de signos y síntomas de depresión en usuarios que cruzan por un Síndrome Coronario Agudo, los usuarios que presentan este trastorno psicológico pueden sufrir largos períodos de incapacidad como una menor calidad de vida. También estos efectúan más visitas a consultas externas (policlínicas, emergencia, etc.), debido a lo antes mencionado aumenta el número de hospitalizaciones, así como del riesgo de suicidio. Teniendo una incidencia negativa y desfavorable en la adhesión del tratamiento planteado. Si no hay una adhesión al tratamiento y se descompensa fácilmente puede desencadenar episodios depresivos por alteración del biorritmo y función social y familiar. Además, se estima que efectuando una detección precoz la gravedad de los síntomas disminuirá o reducirían las consecuencias personales y sociales. Todo ello subraya la importancia de la detección temprana y del tratamiento de la depresión

En Uruguay la Prevalencia de la Depresión en la población general (ROU) es en Mujeres 18%, en Hombres de 11%, y en Pacientes Coronarios 14% - 47%⁴.

¹OPS/OMS.

²OPS/OMS.

³ Informe Epidemiológico-Rev. Urug. Cardiol. 2011. Mortalidad por EC Uruguay 2009.

⁴ Encuesta realizada por Dr. Álvaro Lista. Emp. Cifra. 2008

"En los últimos 10 años, las investigaciones indican que la depresión en pacientes con miocardiopatía isquémica aumenta de 3 a 4 veces la tasa de mortalidad. Los pacientes cardíacos deprimidos mueren de 3 a 4 veces más que los pacientes que no presentan síntomas de depresión durante los primeros seis meses posteriores al diagnóstico de la condición cardíaca. Este aumento no se limita a las depresiones severas sino que también se observa en pacientes cardíacos con depresiones leves. Los efectos negativos de la depresión sobre la miocardiopatía isquémica son tan importantes como los efectos de otros factores negativos, como por ejemplo fumar o tener hipertensión o el grado de esclerosis y la influencia de la habilidad del corazón para bombear efectivamente la sangre".⁵

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada dos segundos se produce una muerte por enfermedad cardiovascular en el mundo, cada cinco segundos un infarto de miocardio y cada seis segundos un ictus, esto sitúa la cardiopatía como responsable del treinta por ciento de muertes en todo el mundo constituyendo la principal causa de fallecimiento⁶.

En la actualidad la depresión es considerada un factor de riesgo cardiovascular tan importante como el colesterol o el tabaco, siendo imprescindibles su detección y tratamiento precoz. Tanto la depresión como el stress cumplen con las leyes de la causalidad, y por eso pueden ser considerados como un factor de riesgo cardiovascular.

La depresión se asocia con frecuencia con las enfermedades cardiovasculares. Aunque inicialmente se la consideró una consecuencia de la situación de gravedad de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, especialmente en quienes cursan eventos agudos.

Diversos mecanismos psico-inmuno-neuro-endócrinos explican la interacción entre depresión y enfermedad cardiovascular. Es necesario reconocerla y tratarla correctamente para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y probablemente su evolución cardiológica⁷.

En los pacientes que cursan un infarto agudo de miocardio (IAM) se reconoció una elevada prevalencia de depresión psíquica y posteriormente se advirtió que los pacientes deprimidos tenían peor evolución que los no deprimidos. Naturalmente, esta relación se atribuyó a un previsible vínculo entre la depresión y la gravedad del paciente: se supuso que los pacientes más enfermos debían sufrir mayor depresión y, por lo tanto, la peor evolución de los deprimidos debería atribuirse a una peor condición cardiovascular (CV). Uno de los primeros estudios relevantes vinculando a la depresión con la evolución de los pacientes con un IAM, publicado en 1993 por un grupo de autores canadienses (Lespérance y Frasure-Smith), mostró que en los seis meses posteriores al infarto la mortalidad de los pacientes deprimidos era significativamente mayor que la de los pacientes no deprimidos.

⁵ <http://es.depnet.org/universe1/themes/ Enfermedades cardiacas y depresión>.

⁶ www.geocities.com/hotSprings/falls/2467/publicac.html

⁷ Rumsfeld JS, Ho P. Depression and cardiovascular disease. A call for recognition. *Circulation* 2005;

Los mismos autores publicaron en 2002 los resultados de la evolución a cinco años de 896 pacientes con IAM, en función de niveles de depresión medidos con el inventario de depresión de Beck. Tomando como referencia a los pacientes con niveles normales (índice menor a 5), los pacientes con índices crecientes tuvieron mortalidad global y mortalidad cardiovascular significativamente mayores⁸. Las diferencias siguieron siendo significativas luego del ajuste según distintas variables incluyendo edad, sexo, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, IAM previo, clase Killip, fracción de eyección del ventrículo izquierdo, uso de diversos fármacos, trombolisis o tratamiento quirúrgico. Todo esto reafirmó el carácter de predictor independiente de la depresión en cuanto a la evolución CV, y sugirió que el efecto predictor operaba no sólo en el corto, sino también en el mediano plazo.

La prevalencia de la depresión en pacientes con EC depende de la población estudiada, de la escala empleada y del grado de severidad de la depresión adoptado.

En los estudios incluidos en el metaanálisis de Nicholson y colaboradores oscila entre 1,8% (pacientes con IAM y depresión crítica) y 50,6% en una población de pacientes con IAM y fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor a 50%.⁹

El riesgo de desarrollar EC en pacientes con depresión depende de dos tipos de factores. Por un lado, los factores vinculados a su comportamiento, y, por otro, a factores fisiológicos.

En lo que tiene que ver con el comportamiento, se ha demostrado que los pacientes deprimidos tienen conductas autodestructivas, como por ejemplo hábitos nocivos como el tabaquismo, alcoholismo e inactividad física, hábitos alimenticios inadecuados, lo que puede contribuir a la presencia de hipertensión arterial, obesidad, resistencia a la insulina y diabetes (componentes del síndrome metabólico) y mala adherencia a los tratamientos indicados.

La mala adherencia a la medicación indicada (y consecuentemente un aumento del riesgo de reinternaciones) ha sido demostrada en pacientes con síntomas de estrés postraumático luego de un IAM, habiéndose detectado estos síntomas en 10%-20% de los pacientes luego de un IAM¹⁰.

Por otra parte, los pacientes deprimidos presentan alteraciones fisiológicas vinculadas al estrés emocional crónico que sufren.

Varias alteraciones genéticas han sido asociadas a riesgo cardiovascular y depresión.

Se ha sugerido la posibilidad de que depresión y coronariopatía tengan una vulnerabilidad genética común, y se han propuesto como genes candidatos los vinculados a la inflamación y la serotonina¹¹.

⁸Lespérance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. *Circulation* 2002; 105: 1049-53.

⁹Nicholson N, Kuper H, Hemingway H. *Eur Heart J* 2006;

Carinci F, Nicolucci A, Ciampa A, Labbrozzi D, Bettinardi O, Zotti AM, et al. *Eur Heart J* 1997; 18: 835-45.

¹⁰Shemesh E, Yehuda R, Milo O, Dinur I, Rudnick A, Vered Z, et al. *Psychosom Med* 2004; 66: 521-6.

¹¹McCaffery JM, Frasure-Smith N, Dubé M-P, Théroux P, Rouleau GA, Duan QL, et al. *Psychosom Med* 2006; 68: 187-200.

La psico-inmuno-neuro-endocrinología provee el marco conceptual para explicar la relación entre depresión y eventos coronarios agudos.

Los procesos que conducen a un evento coronario agudo en pacientes portadores de lesiones ateroscleróticas y disfunción endotelial se ven favorecidos en pacientes deprimidos. Efectivamente, los tres procesos involucrados en los eventos agudos (inestabilidad de placa, factores hemodinámicos y trombosis superpuesta) son favorecidos por la presencia de alteraciones vinculadas a la depresión (y otras alteraciones psiquiátricas). La depresión se asocia con niveles elevados de citoquinas pro inflamatorias, leucocitosis y reclutamiento de macrófagos que generan inestabilidad de placa; la respuesta exagerada en pacientes deprimidos ante situaciones que generan hostilidad, ira y estrés agudo produce vasoconstricción y elevación de la presión arterial a través de la liberación de catecolaminas, favoreciendo la rotura de la placa; finalmente, la agregación plaquetaria asociada a la depresión favorece la trombosis, que puede llevar a un grado de obstrucción coronaria de tal magnitud que produzca un evento agudo¹².

Se conoce que el impacto de cualquier situación de "stress" dependerá de la sensibilidad o percepción individual de la persona, por tanto no se pueden estudiar aisladamente sus efectos sobre el sistema cardiovascular sin tener en cuenta los aspectos psicosociales que hacen que un individuo, ante un estímulo, reaccione con toda una cadena diferente de mecanismos. Por lo tanto, el factor psicosocial de riesgo de enfermedad cardiovascular está dado por los rasgos de personalidad del individuo, las experiencias vitales traumáticas y las condiciones sostenidas de stress, que junto con situaciones de aislamiento social o ausencia de soportes afectivos sólidos llevan a cambios fisiológicos que favorecen la aparición de un evento cardíaco.

Las emociones y el estrés pueden generar estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, que pueden tener un papel desencadenante o agravante en determinados trastornos como la hipertensión arterial

Según Cabrera Rego Julio Oscar y otros ¹³, en un estudio realizado plantean que de todos los factores psicosociales, la depresión es considerada como 1 de los 6 campos de mayor impacto de discapacidad generados por la enfermedad cardiovascular, y que es 3 veces más común en enfermos cardiovasculares que en la población general, planteando que de hecho, entre aquellos hospitalizados por un síndrome coronario agudo (SCA) o por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) la depresión es un factor de riesgo independiente de mortalidad y de incidentes cardíacos adversos.

¹²Gidron Y, Gilutz H, Berger R, Hulcihel M. *Cardiovasc Res* 2002; 56:15-21.

¹³<http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

MARCO TEÓRICO

La depresión como toda afección multisistémica no solo tiene repercusión en el SNC donde percibimos los signos y síntomas que atañen al mismo, sino que abarca la integralidad de la persona en la esfera biológica (en este caso nos centraremos en el SCV) y se extiende al área social.

Si entendemos el concepto de multicausalidad podemos observar que las afecciones CV (en este caso el SCA) pueden desencadenar una depresión si no trabajamos con los factores de riesgo que tiene la persona y fortalecemos los factores protectores es muy probable que debute con un episodio depresivo.

Lidiar con más de un problema de salud a la vez puede ser difícil, de modo que es importante contar con el tratamiento adecuado.

¿Qué relación existe entre la depresión y la enfermedad cardíaca?: Las personas con enfermedad cardíaca son más propensas a sufrir depresión que las personas saludables. La angina y los IAM están estrechamente relacionados con la depresión. No se ha determinado de por qué exactamente ocurre esto. Saben que algunos síntomas de depresión pueden reducir la salud mental y física en general, aumentando el riesgo de enfermedad cardíaca o empeorando los síntomas de esta. La fatiga o los sentimientos de inutilidad pueden hacer que la persona ignore su plan de medicamentos y no siga el tratamiento necesario para la enfermedad cardíaca. Padecer depresión aumenta el riesgo de muerte después de un ataque cardíaco¹⁴.

Haciendo alusión al tema de nuestra investigación, según la *Real Academia Española* se define **Depresión** "como el síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos"¹⁵.

Según la OMS la *Depresión* es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

¹⁴ Depresión y la Enfermedad Cardíaca- Instituto Nacional de la Salud Mental

¹⁵ El *Diccionario de la lengua española (DRAE)* es la obra de referencia de la Academia. La edición actual —la 22.ª, publicada en 2001

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no reciben esos tratamientos por ausencia de diagnóstico o por falta de derivación oportuna al profesional del área. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Las personas con depresión no siempre se diagnostican correctamente, ni siquiera en algunos países de ingresos elevados, mientras que otras que en realidad no la padecen son diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

En las líneas que siguen hemos tratado de realizar un resumen con los tipos de depresión existentes, sus principales síntomas y cómo estos repercuten

Los *tipos y síntomas*, dependen del número y de la intensidad. Los episodios depresivos pueden clasificarse como *leves, moderados o graves*. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.

Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan.

La **Depresión unipolar** se manifiesta como episodios depresivos típicos hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

En cuanto a **Trastorno bipolar**, es el tipo de depresión que se caracteriza por presentar episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

Factores contribuyentes y prevención: La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa. Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares de prevención del maltrato infantil o los programas para

mejorar las aptitudes cognitivas, sociales y de resolución de problemas de los niños y adolescentes.

Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también son eficaces para prevenir la depresión.¹⁶

Relacionando al tema que nos atañe, definimos a las **Enfermedades Cardiovasculares**, que son el conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos. Las principales causas de enfermedad vascular son el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable.

Se clasifican en:

- hipertensión arterial (presión alta);
- cardiopatía coronaria (infarto de miocardio);
- enfermedad cerebrovascular (apoplejía);
- enfermedad vascular periférica;
- insuficiencia cardíaca;
- cardiopatía reumática;
- cardiopatía congénita;
- miocardiopatías.¹⁷

Específicamente nuestro estudio es dirigido a los **Síndromes Coronarios Agudos** que se conoce como a un conjunto de enfermedades que afectan al corazón y que se caracterizan por producirse como resultado del aporte insuficiente de flujo sanguíneo al músculo cardíaco (isquemia miocárdica). El SCA se puede manifestar como infarto de miocardio o como angina de pecho inestable, en función del grado de estrechamiento de las arterias que irrigan el corazón (arterias coronarias) o de si existe una obstrucción completa.

El síndrome coronario agudo es una de las enfermedades más frecuentes en el primer mundo y una de las principales causas de mortalidad.

¿Cómo se produce? El corazón se nutre por una serie de arterias denominadas arterias coronarias que irrigan el músculo cardíaco y que le permite ejercer su función de bomba cardíaca, contrayéndose y relajándose. La aterosclerosis coronaria es una enfermedad de lenta evolución en la que se produce un estrechamiento progresivo de las paredes de las arterias debido a una acumulación de lípidos (grasas) y células inflamatorias (linfocitos) formando unas placas.

El síndrome coronario agudo se produce por la erosión o la rotura de una de estas placas dando lugar a la formación de un trombo, provocando así la aparición de angina inestable o infarto agudo de miocardio. Según el grado de

¹⁶ <http://www.who.int/topics/depression/es/>

¹⁷ http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/

oclusión de la arteria se manifestará como una angina inestable o un infarto de miocardio.

La angina se produce cuando la obstrucción es incompleta, hay una disminución de aporte sanguíneo lo que se conoce como isquemia y así las arterias coronarias no pueden cubrir las demandas cardíacas de oxígeno.

En el infarto de miocardio se produce una oclusión completa de la arteria por un coágulo que ocasiona una necrosis o muerte del tejido cardíaco de la zona irrigada por ese vaso.

Existen una serie de factores de riesgo que favorecen la aparición del SCA. Estos factores incluyen: sexo (más frecuente en varones), edad (a partir de los 70 años), tabaco, diabetes, colesterol elevado, sobrepeso, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, hipertensión arterial y sedentarismo. Es importante conocerlos pues las medidas preventivas son la principal arma de tratamiento para evitar esta enfermedad.

En algunos casos el SCA puede ser resultado de un aumento de las necesidades de oxígeno del corazón en ausencia de un trombo. Esto puede ocurrir en: arritmias, traumatismos, consumo de drogas y de ciertos fármacos, infecciones o anomalías de las arterias coronarias.

Síntomas: El síntoma clave en el síndrome coronario agudo es la aparición de dolor en el centro del pecho y/o en el brazo izquierdo. La duración de este dolor suele ser de minutos en el caso de la angina y más prolongado en el infarto de miocardio. Pueden aparecer otros síntomas como náuseas y malestar, dolor en la boca del estómago, sensación de falta de aire, sudoración y mareos. Los pacientes pueden presentar hipotensión o hipertensión y aparecer arritmias e insuficiencia cardíaca.

Diagnóstico: El diagnóstico se basa sobre todo en los síntomas que presenta el paciente y en una serie de pruebas que ayudan a confirmarlo.

- La realización de un electrocardiograma es imprescindible en todos los pacientes que acuden con síntomas sugestivos de SCA. El registro electrocardiográfico permite conocer el grado de lesión del corazón.
- Determinación de marcadores de daño del miocardio: El aumento de las enzimas cardíacas en sangre evidencia muerte del tejido miocárdico. Se miden con un examen de sangre a intervalos regulares desde el inicio de los síntomas y su elevación en las siguientes horas permite establecer el diagnóstico de infarto de miocardio.
- Radiografía de tórax para ver si existe líquido en los pulmones resultado del fracaso en la función del corazón.
- Ecocardiograma. Permiten valorar la función del corazón y si existen zonas que debido a la lesión del miocardio no se contraen correctamente.
- La prueba de esfuerzo o ergometría es la prueba más utilizada para valorar la presencia de isquemia del músculo cardíaco. Permite conocer si el dolor torácico es debido a la obstrucción de una arteria coronaria, especialmente en aquellos pacientes que presentan un

electrocardiograma normal. Consiste en someter al paciente a realizar ejercicio físico en una cinta rodante o en una bicicleta y detectar si el esfuerzo provoca isquemia. Ésta se detecta por la aparición de síntomas y las alteraciones del electrocardiograma.

- La arteriografía coronaria también llamado coronariografía o cateterismo es una prueba que se realiza sobre todo en pacientes con isquemia importante o cuando las pruebas anteriores no son concluyentes. Consiste en introducir un catéter por una vena hasta llegar al corazón, donde se inyecta un contraste, que permite ver la circulación coronaria y el estrechamiento u obstrucción de las arterias.

Tratamiento:El tratamiento dependerá de los síntomas. En cualquier paciente con enfermedad coronaria es fundamental el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular:

- Abandono del tabaco.
- Control de la hipertensión y la diabetes, si es necesario con fármacos.
- Seguir una dieta sana baja en colesterol y grasas. Si es preciso se indicarán fármacos para bajar el colesterol.
- Conseguir un peso corporal ideal si existe sobrepeso.
- Establecer un programa de ejercicio físico adecuado a su capacidad.
- Evitar el estrés.

Los objetivos del tratamiento médico inicial son:

- estabilizar al paciente restableciendo el flujo de sangre al miocardio y alivio de los síntomas
- prevenir la necrosis (muerte) miocárdica y disminuir la lesión miocárdica
- reducir el riesgo de nueva aparición y de las complicaciones.

1. Medidas generales

- Monitorización (vigilancia) de las constantes vitales del paciente (frecuencia cardíaca, presión arterial, oxigenación) .
- Administración de oxígeno.
- Alivio del dolor isquémico con fármacos.
- Reposo en cama hasta pasadas 12-24 horas de estar libre de síntomas.
- Uso de fármacos tranquilizantes y laxantes.

Morfina, nitroglicerina y anticoagulantes. Fármacos para disminuir la actividad cardíaca y aumentar el riego coronario: betabloqueantes, calcioantagonistas y nitroglicerina.

2. Tratamiento farmacológico

El tratamiento del síndrome coronaria agudo incluye el uso de fármacos para combatir el proceso de isquemia del músculo cardíaco como son los betabloqueantes, la nitroglicerina o los calcioantagonistas; la terapia anticoagulante y el empleo de antiagregantes plaquetarios (ácido acetilsalicílico y clopidogrel) para evitar nuevos episodios de trombosis, y la revascularización coronaria.

3. Revascularización coronaria

Algunos pacientes son candidatos a tratamientos de revascularización coronaria que consisten en restablecer el flujo sanguíneo a través de la arteria obstruida. La revascularización coronaria mediante angioplastia o cirugía se realiza para mejorar el pronóstico, los síntomas, prevenir los nuevos episodios y mejorar globalmente la calidad de vida.

Se pueden realizar mediante cirugía (bypass) o por angioplastia coronaria.

- Angioplastia coronaria. Se introduce un catéter hasta la zona de la arteria coronaria que presenta un estrechamiento y se dilata con un pequeño balón. Para mantener la arteria abierta se coloca en su interior un pequeño dispositivo metálico denominado stent. No siempre se puede realizar esta técnica.
- Tratamiento mediante cirugía de Bypass. Se realiza una cirugía sobre las arterias coronarias que permite implantar un trozo de vena de uno mismo (generalmente la vena safena de la pantorrilla) e implantarlo en las coronarias saltando la zona obstruida. Se lleva a cabo en pacientes en los que la angioplastia no es posible.

Prevención: Las medidas preventivas incluyen evitar los factores de riesgo bien conocidos: abandono del tabaco, seguir una dieta saludable, realizar ejercicio físico, perder peso si existe sobrepeso y control de la presión arterial, colesterol y diabetes¹⁸.

En relación a la muestra de estudio, Adulto y Adulto Mayor, población a la que nos enfocaremos, siendo estos usuarios de 30 años en adelante. Definimos ADULTO a toda persona entre 30 y 60 años, que ha pasado la adolescencia y ha llegado a su pleno desarrollo físico y mental. Un ser humano se dice que es adulto cuando ya ha dejado la infancia y adolescencia por alcanzar su completo desarrollo físico. Es una etapa de estabilidad relativa y de vigor físico¹⁹. El ADULTO MAYOR es aquella persona mayor de 60 años, según los criterios de OMS, se subdivide en las siguientes categorías: Tercera edad: 60 – 74 años, cuarta edad: 75 – 89 años, longevos: 90 – 99 años, centenarios: más de 100 años²⁰.

Hemos hecho alusión a trabajar los factores protectores para prevenir o tratar tanto la Depresión como la SCA. Es función inherente de **Enfermería** dentro de sus planes de cuidados, abarcar estos aspectos, dado que nos adherimos al concepto de que el ser enfermero es una disciplina científica encaminada a

¹⁸ <http://www.mapfre.es/salud/es/informativo/sindromes-coronarios-agudos.shtml>

¹⁹ - ²⁰ OMS.

fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria²¹.

Se destaca la importancia del rol de enfermería como gestor administrativo y de coordinación por ser el nexo entre el equipo de salud y el usuario, asesorando sobre los recursos disponibles y necesarios para asistir al paciente durante su proceso de salud enfermedad.

El objetivo primordial del equipo de enfermería, es lograr la recuperación del usuario basándonos en todos los elementos que este lo comprenden pero trabajando de forma conjunta con todo el equipo interdisciplinario, pero de forma estrecha y conjunta con aquellos profesionales que se ocupan de la salud mental, ellos tienen como objetivo ayudar a los usuarios a desarrollar estrategias para lograr la armonía consigo mismo, y con los demás, con la naturaleza y con el mundo; abordando a las personas en su totalidad. La atención en salud mental, desde un enfoque holístico, considera a la persona como algo más que la suma de sus partes, estas son dinámicas, en un mundo sujeto a permanentes cambios.

Para llevar a cabo una atención integral dirigida al usuario adulto y adulto mayor que presenta síntomas de patologías depresivas es necesario contar con equipo multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de las personas, ganar calidad en el tratamiento, que no es solamente un beneficio para el centro de salud sino que se proyecta a la sociedad entera.

Dado que hemos decidido realizar nuestro trabajo en un **Segundo Nivel de Atención**, es de orden aclarar a que nos referimos con el mismo y como se estructura, los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos, a fin de satisfacer las necesidades de atención a la salud de la población.

Estos niveles se establecen basándose en los procedimientos de atención requeridos; para organizarlos son necesarios: RRHH y RRMM, Insumos y equipos, organizados en escalones de creciente complejidad. En Uruguay el Ministerio de Salud Pública (MSP) reconoce actualmente 3 niveles de atención (Primer nivel - Segundo nivel-Tercer nivel)

-Segundo nivel de atención: Lo integran los Hospitales locales, urbanos, rurales, o de nivel departamental, con las especialidades básicas.

En nuestro país son los establecimientos del MSP, alcanzando a cubrir población de varias unidades del Primer Nivel de Atención; por ejemplo:

²¹ FENF plan 93.

Hospital Maciel, Hospital Pasteur, también los Hospitales de Sanidad Militar y Policial, así como los de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (sistema Mutual).

Estos hospitales también deben contar con atención ambulatoria de especialidades, en policlínicas.

La *prevención* consiste en métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades, sus consecuencias o secuelas así como la eliminación de los factores de riesgo presentes en el ambiente.

- **Prevención primaria:** Son todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos. Consiste en promover la salud y protección específica.
- **Prevención secundaria:** Son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en la población, reduciendo la evolución y la duración de la misma. Consiste en la detección precoz y tratamiento oportuno.
- **Prevención terciaria:** Son todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas de una población, reduciendo las invalideces consecutivas a la enfermedad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar qué Relación existe entre los SCA y la Depresión en adultos y adultos mayores internados en un servicio de cardiología.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar a la población en estudio.
- Identificar los factores de riesgo presentes en pacientes con SCA y depresión.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo y diseño general de estudio:

Con el objeto de dar respuesta a las preguntas de investigación se utilizó la *Investigación descriptiva y corte transversal*, como opción para describir los factores relacionados entre la Depresión y las patologías cardíacas

Área de Estudio:

Centro Cardiológico de Institución Privada, ciudad de Montevideo.

Universo de estudio:

La población del estudio estuvo conformada por el total de todos los usuarios que se asistieron en un servicio cardiológico de una Institución Privada de la Ciudad de Montevideo.

Muestra y Criterio de Inclusión

Tipo de Muestra:

La selección de la muestra se realizó mediante muestreo intencional por conveniencia según parámetros de etapa evolutiva, patología y que desean participar en la investigación.

La muestra estuvo conformada por los usuarios adultos y adulto mayor que se encontraban internados en un servicio cardiológico de una Institución Privada, con diagnóstico de SCA en el periodo del 16 de Julio al 14 de Agosto del 2014 y que aceptaron participar en nuestra investigación (solicitud a institución privada, en anexo)

Instrumento:

Escala de Beck.

Esta escala tiene 21 preguntas que miden síntomas variados de la depresión, como tristeza, pesimismo, auto-criticidad, agitación, culpa, irritabilidad, pérdida de apetito, cambios en el apetito, fatiga, cambio en los patrones de sueño y pérdida del interés en el sexo. Cada pregunta tiene cuatro respuestas para elegir que indican el aumento del nivel de la intensidad del síntoma.

A las respuestas a las preguntas se les asigna un valor que va de 0 a 3, basándose en la severidad del síntoma. Los valores de las preguntas se suman para llegar a una calificación total. Las calificaciones de 0 a 9 indican que no hay depresión, del 10 al 18 indican depresión leve a moderada, del 19 al 29 indican depresión moderada a severa y del 30 al 63 indican depresión severa.

La Escala de Beck se usa mucho en la investigación y sus propiedades psicométricas están bien establecidas. Está muy asociada con los juicios clínicos de depresión y con otras medidas de depresión.

SESO

Definición conceptual

VARIABLES:

Definición operacional

- EDAD
- SEXO
- ESTADO CIVIL
- PESO
- TALLA
- IMC
- PERIMETRO CINTURA DE RIESGO
- DIAS DE INTERNACION.
- ANTECEDENTES PERSONALES (Depresión/Coronariopatías/Otras)
- ANTECEDENTES FAMILIARES (Depresión/Coronariopatías/Otras)
- LUGAR DE RESIDENCIA
- NIVEL INSTRUCCION
- HABITOS NOCIVOS
- RECREACIÓN/OCIO
- ESTRUCTURA FAMILIAR
- OCUPACIÓN
- NIVEL SOCIOECONOMICO

Tipo de variable

Guadalupe Corral, para implementar pruebas de los tests de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

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

DEFINICION DE VARIABLES

Definición conceptual:

SEXO:

Definición conceptual:

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer o en general.

Definición operacional:

Características sexuales observadas y referidas por el paciente: Femenino o Masculino

Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal.

EDAD

Definición conceptual:

Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento, hasta la fecha actual, expresada en años.

Definición operacional:

Años cumplidos hasta el momento de la entrevista.

30 a 44 años.
45 a 59 años.
60 a 74 años.
>75 años

Tipo de variable:

Cuantitativa, Continúa; para trabajar esta variable se bajó de categoría a Cualitativa Ordinal (al darle categorías: Adolescente, Adulto joven, Adulto medio y Adulto mayor).

PROCEDENCIA:

Definición conceptual:

Lugar o zona geográfica en la que habitualmente reside el usuario.

Definición operativa:

- Montevideo

- Interior

Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal. Para trabajar se categorizó en Cualitativa Ordinal al establecer dos categorías.

I.M.C

Definición conceptual:

Refiere a la asociación entre el peso y la talla del usuario, a través de una fórmula.

Definición operativa: Del tipo continua.

Tipo de variable:

I. Bajo peso

II. Normal

III. Sobre peso

IV. Obesidad

PERIMETRO DE CINTURA DE RIESGO

Definición conceptual:

Refiere a la medida en centímetros de la cintura del usuario, diferenciando su género (Hombre o mujer), y su relación con un parámetro de riesgo de salud.

Definición operativa: Del tipo continua.

Tipo de variable:

- I. Normal
- II. Riesgo elevado
- III. Riesgo muy elevado

PERIODO DE INTERNACIÓN

Definición conceptual:

Hace alusión a la cantidad de días que permanece ingresado el usuario hasta la fecha del interrogatorio, en la institución de salud.

Definición operativa: Del tipo discreta.

Tipo de variable:

ANTECEDENTES PERSONALES

Definición conceptual:

Patología y/o hábito que presenta el usuario

Indicador: tabaquista, HTA, diabetes, VIH, cardiopatía, alergia, asma, enfermedad renal crónica, etc.

Definición operativa: cualitativa, nominal

Justificación: es importante conocer los antecedentes personales para conocer las patologías de base, cuidados y prevención que se les debe realizar. También para conocer los factores de riesgo.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Definición conceptual: Refiere a la circunstancia anterior conocida en familiares directos, de enfermedad crónica.

Tipo de variable: Del tipo nominal, con una variante de clasificación ordinal en este caso (leve, moderado o severo).

Definición operativa:

- I. Depresión
- II. Cardiopatías
- III. Otras.

PROCEDENCIA

Definición conceptual:

Lugar o zona geográfica en la que habitualmente reside el usuario.

Definición operativa:

- Montevideo
- Interior

Tipo de variable:

Cualitativa, Nominal. Para trabajar se categorizó en Cualitativa Ordinal al establecer dos categorías.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Definición conceptual:

Nivel máximo alcanzado por el usuario en la educación formal.

Definición operativa:

- Analfabeto.
- Primaria Incompleta.

- Primaria Completa.
- Secundaria Incompleta.
- Secundaria Completa.
- Terciaria Incompleta.
- Terciaria Completa.

Tipo de Variable: Cualitativa, Ordinal.

HABITOS NOCIVOS:

Definición conceptual:

Son aquellos hábitos que adquiere el usuario provocando una alteración en el organismo.

Definición operativa: cualitativa, nominal

Tipo de Variable:

I. Núcleo:

3. Múltiple

ANGUSTIA

Definición conceptual:

Refiere a la sensación aflicción.

Definición operativa: Del tipo nominal.

Tipo de variable:

I. Si

II. No

OCIO - RECREACIÓN

Definición conceptual: Hace referencia a las actividades del usuario en su tiempo libre.

Definición operativa: Del tipo nominal.

Tipo de variable:

I. Si

II. No

ESTRUCTURA FAMILIAR

Definición conceptual:

Hace referencia a la clasificación estructural, composición, y cantidad de integrantes del hogar – familia.

Definición operativa: Del tipo nominal

Tipo de Variable:

I. Nuclear

II. Múltiple

III. Extensa

IV. Monoparental

V. Reconstituida

VI. Agregada

VII. Polígama

VIII. Unipersonal

PRESENTACION DE OCUPACION:

Definición conceptual:

Condición en la que se encuentra el usuario de recibir o no remuneración por actividades que realiza o haya realizado.

Definición operativa:

- Desocupado.
- Jubilado.
- Pensionista.
- Trabajo Estable.
- Trabajo Inestable (Changas).

Tipo de variable: Cualitativa, Nominal.

ESCALA DE BECK

Definición conceptual:

Es un cuestionario establecido, que evalúa la tendencia y severidad de diferentes tipos de alteraciones del estado emocional o depresión.

Definición operativa: Del tipo ordinal

Tipo de Variable:

- I. Normal
- II. P.A.E.
- III. Depresión intermitente
- IV. Depresión moderada
- V. Depresión severa
- VI. Depresión extrema

PRESENTACION DE GRAFICOS Y TABLAS.

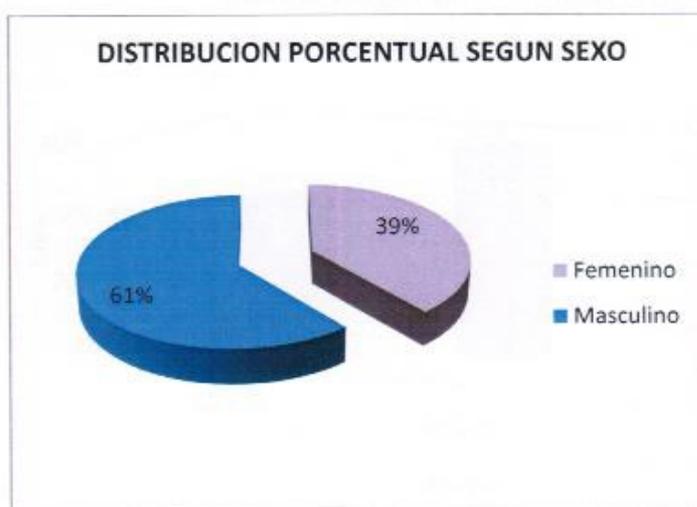
SEXO:

"Distribución de la población de la muestra según sexo, en un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

DISTRIBUCION POR SEXO	FA	FR%
Femenino	30	39%
Masculino	46	61%
TOTAL	76	100%

Grafico n°1:

"Distribución de la población de la muestra según sexo, expresado en FR, en un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"



*EL 61% de la población son Hombres y el 39% mujeres.

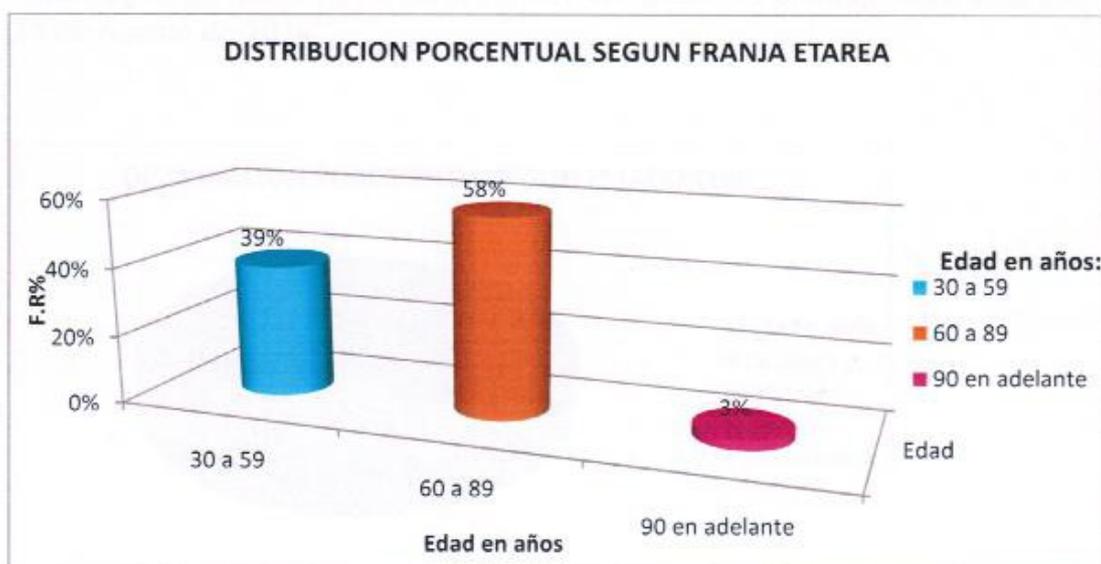
EDAD:**Tabla n°2:**

"Distribución porcentual de la muestra según franjas etarias, de los usuarios de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

.DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGÚN FRANJA ETAREA	FA	FR
30 a 59	30	39%
60 a 89	44	58%
90 en adelante	2	3%
TOTAL	76	100%

Grafico n°2:

"Distribución porcentual de la muestra según franjas etarias, de los usuarios de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"



*39% entre 30 a 59 años; 58% entre 60 y 89 años; 3% con más de 90 años.

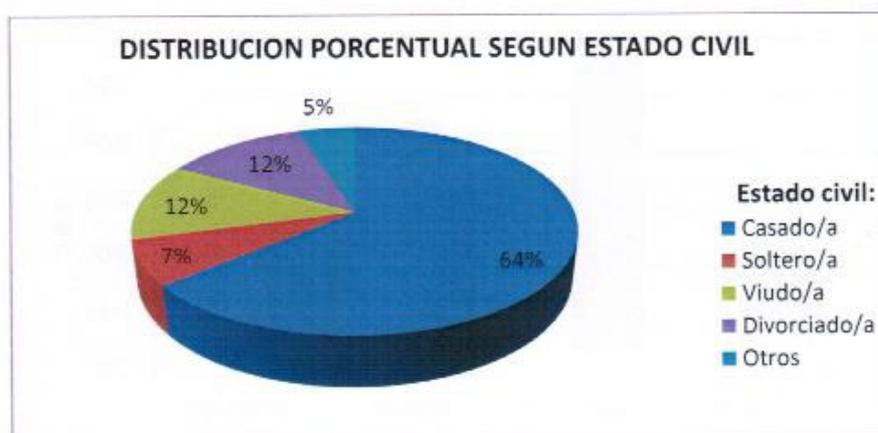
ESTADO CIVIL:**Tabla n°3:**

"Distribución porcentual según estado civil, de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

DISTRIBUCION SEGÚN ESTADO CIVIL	FA	FR%
Casado/a	49	64%
Soltero/a	5	7%
Viudo/a	9	12%
Divorciado/a	9	12%
Otros	4	5%
TOTAL	76	100%

Grafico n°3:

"Distribución porcentual según estado civil, de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"



*Casado/a 64%; Soltero/a 7%; Viudo/a 12%; Divorciado/a 12%.

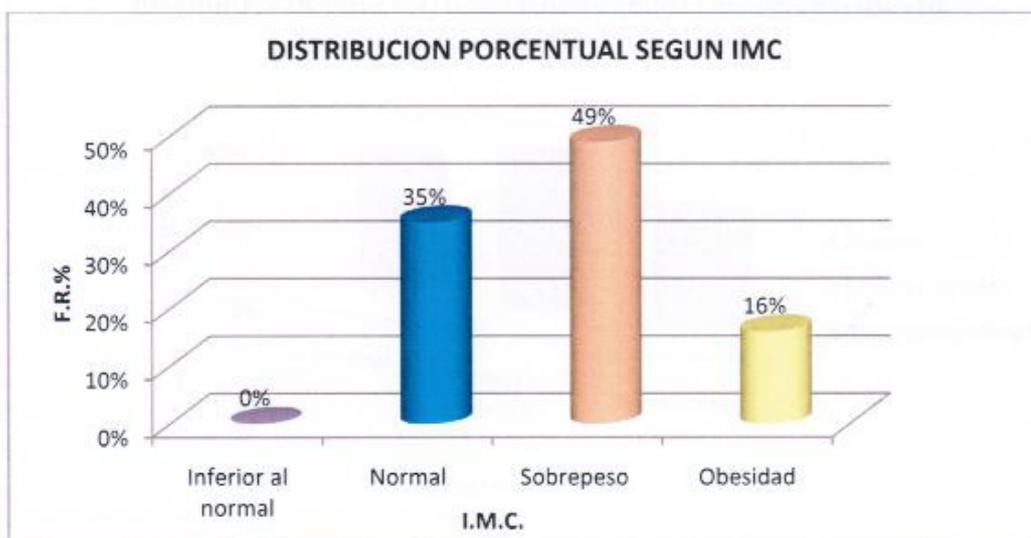
IMC:**Tabla n° 4:**

“Distribución porcentual por IMC, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

DISTRIBUCION SEGÚN IMC	FA	FR%
Inferior al Normal	0	0 %
Normal	27	35%
Sobrepeso	37	49%
Obesidad	12	16%
TOTAL	76	100%

Grafico n° 4:

“Distribución porcentual por IMC, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Inferior al Normal 0%; Normal 35%; Sobrepeso 49%; Obesidad 16%.

PERIMETRO DE CINTURA DE RIESGO:

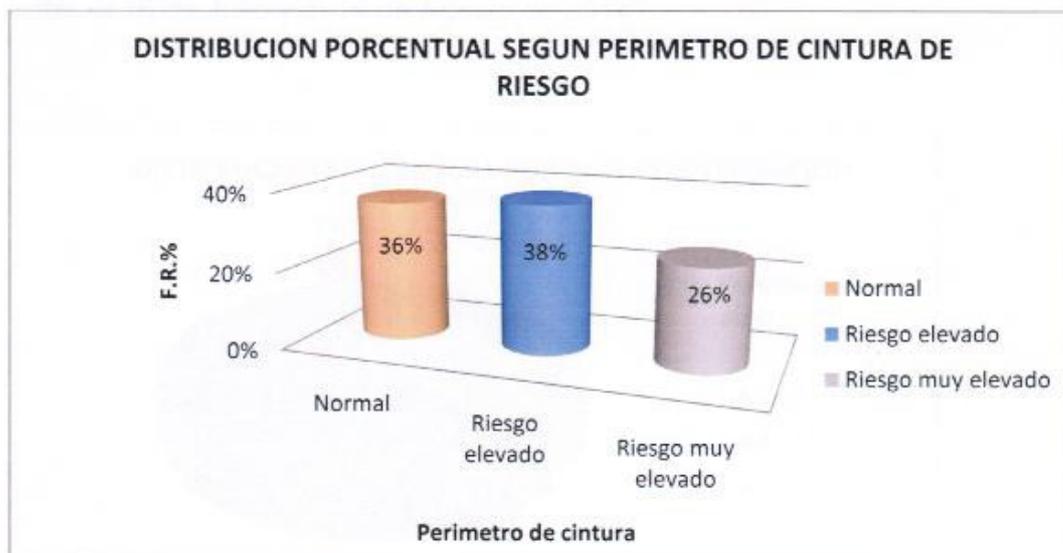
Tabla n°5:

“Distribución porcentual según perímetro de cintura de riesgo, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

DISTRIBUCION POR PERIMETRO DE CINTURA DE RIESGO	FA	FR%
Normal	27	36 %
Riesgo elevado	29	38 %
Riesgo muy elevado	20	26 %
TOTAL	76	100%

Grafico n°5:

“Distribución porcentual según perímetro de cintura de riesgo, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



***Normal 36 %; Riesgo elevado 38%; Riesgo muy elevado 26%.**

PERIODO DE INTERNACION:

Tabla n°6:

“Distribución porcentual según el periodo de internación, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

PERIODO DE INTERNACION (EN DIAS)	FA	FR%
1 a 7	73	96 %
8 a 14	2	3 %
15 a 30	1	1 %
Más de 30 días	0	0 %
TOTAL	76	100%

Grafico n°6:

“Distribución porcentual según el periodo de internación, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*1 a 7 días 96%; 8 a 14 días 3%; 15 a 30 días 1%; Más de 30 días 0%.

ANTECEDENTES PERSONALES:

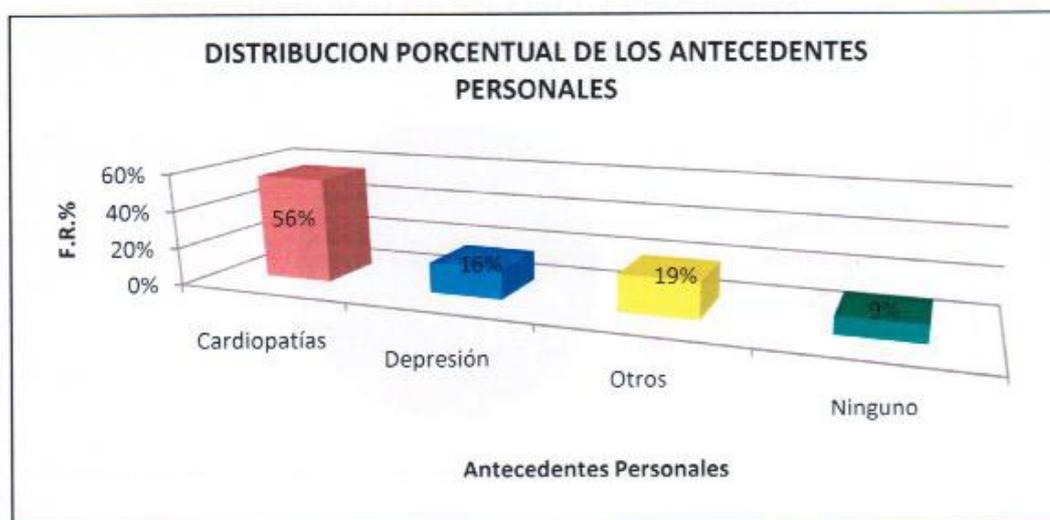
Tabla n°7:

“Distribución porcentual según antecedentes personales conocidos, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

DISTRIBUCION DE ANTECEDENTES PERSONALES	FA	FR%
Cardiopatías	59	56 %
Depresión	17	16 %
Otros	19	19 %
Ninguno	10	9 %
TOTAL	106	100%

Grafico n°7:

“Distribución porcentual según antecedentes personales conocidos, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Cardiopatías 56%; Depresión 16%; Otros 19%; Ninguno 9%.

ANTECEDENTES PERSONALES TRATADOS:

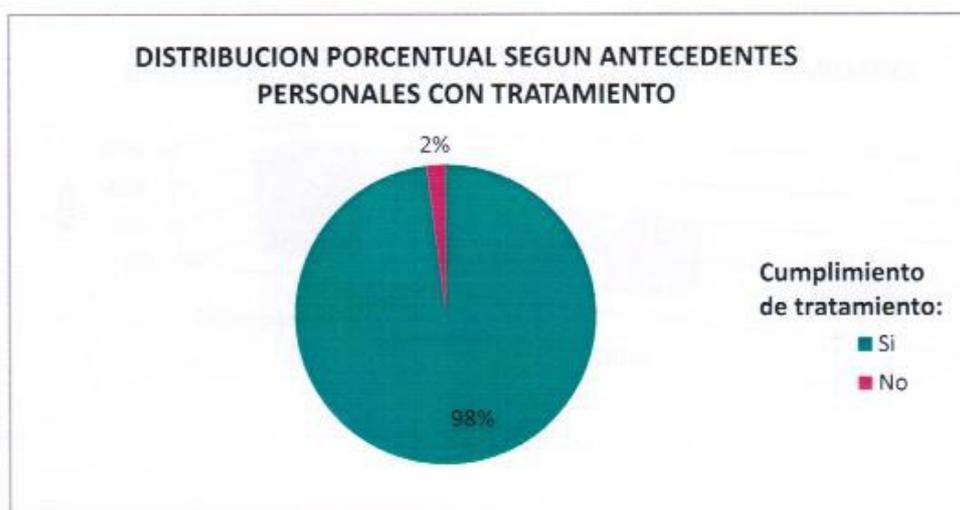
Tabla n°8:

"Distribución porcentual según antecedentes personales tratados, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

ANTECEDENTES PERSONALES EN TRATAMIENTO	FA	FR%
Si	74	98 %
No	2	2 %
TOTAL	76	100%

Grafico n°8:

"Distribución porcentual según antecedentes personales tratados, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"



*Cumplen tratamiento: SI 98%. NO 2%.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

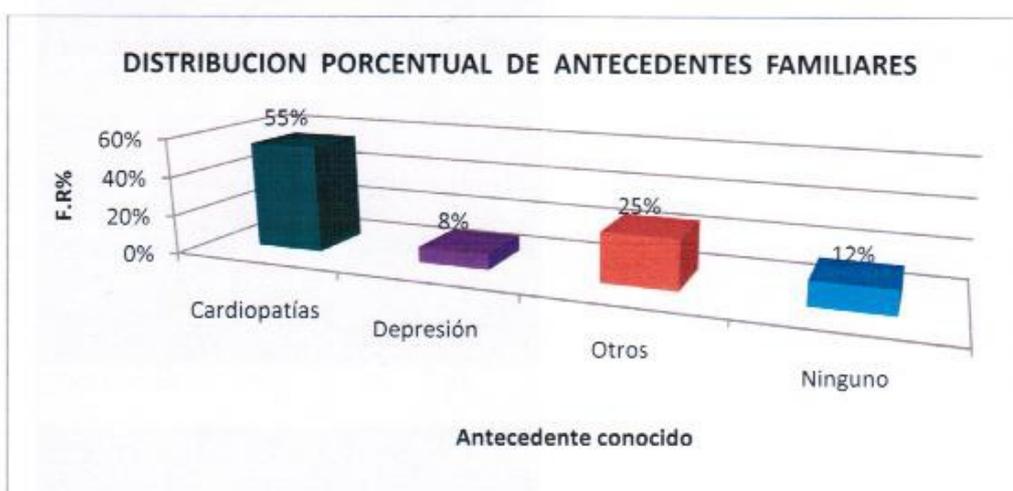
Tabla n°9:

"Distribución porcentual según antecedentes familiares conocidos, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

DISTRIBUCION SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES	FA	FR%
Cardiopatías	51	55 %
Depresión	8	8 %
Otros	23	25 %
Ninguno	11	12 %
TOTAL	93	100%

Grafico n°9:

"Distribución porcentual según antecedentes familiares conocidos, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"



*Cardiopatías 55%; Depresión 8%; Otros 25%; Ninguno 12%.

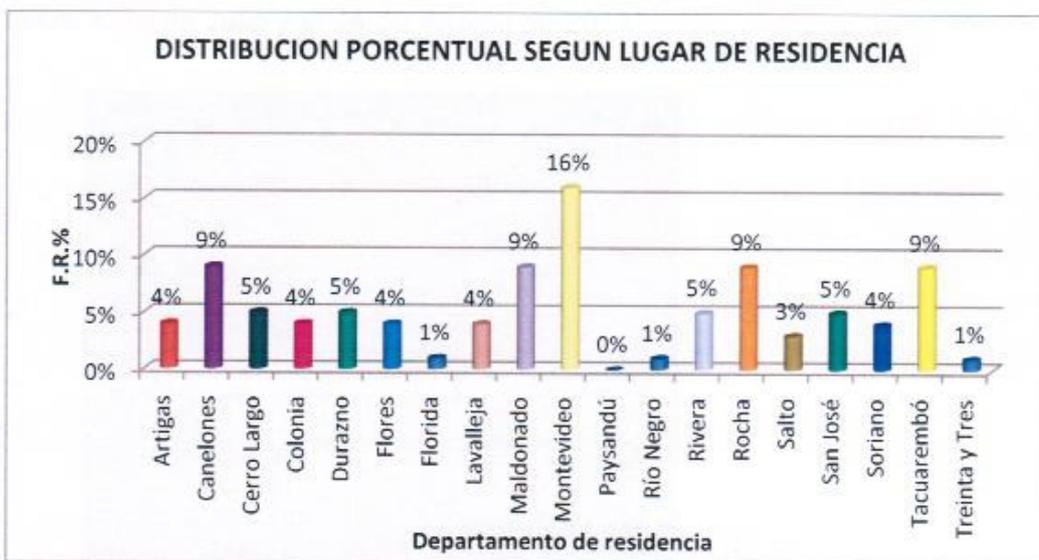
PROCEDENCIA:**Tabla nº10:**

"Distribución porcentual según lugar de residencia, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

DISTRIBUCION SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA	FA	FR%
Artigas	3	4%
Canelones	7	9%
Cerro Largo	4	5%
Colonia	3	4%
Durazno	4	5%
Flores	3	4%
Florida	1	1%
Lavalleja	3	4%
Maldonado	7	9%
Montevideo	12	16%
Paysandú	0	0%
Río Negro	1	1%
Rivera	4	5%
Rocha	7	9%
Salto	2	3%
San José	4	5%
Soriano	3	4%
Tacuarembó	7	9%
Treinta y Tres	1	1%
TOTAL	76	100%

Grafico n° 10:

“Distribución porcentual según lugar de residencia, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Artigas 4%; Canelones 9%; Cerro Largo 5%; Colonia 4%; Durazno 5%; Flores 4%; Florida 1%; Lavalleja 4%; Maldonado 9%; Montevideo 16%; Paysandú 0%; Río Negro 1%; Rivera 5%; Rocha 9%; Salto 3%; San José 5%; Soriano 4%; Tacuarembó 9%; Treinta y Tres 1%.

DISTRIBUCION SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA	FA	FR%
Montevideo	12	16%
Interior	64	84%
TOTAL	76	100%



*Montevideo 16%; Interior 84%.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

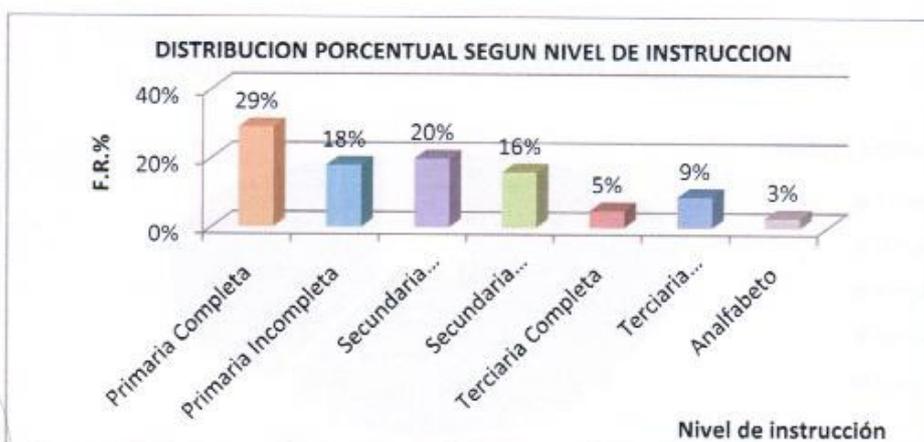
Tabla n°11:

“Distribución porcentual según nivel de instrucción, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCION	FA	FR%
Primaria Completa	22	29 %
Primaria Incompleta	14	18 %
Secundaria Completa	15	20 %
Secundaria Incompleta	12	16 %
Terciaria Completa	4	5 %
Terciaria Incompleta	7	9 %
Analfabeto	2	3 %
TOTAL	76	100%

Grafico n°11:

“Distribución porcentual según nivel de instrucción, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Primaria Completa 29%; Primaria Incompleta 18%; Secundaria Completa 20%; Secundaria Incompleta 16%; Terciaria Completa 5%; Terciaria Incompleta 9%; Analfabeto 3%

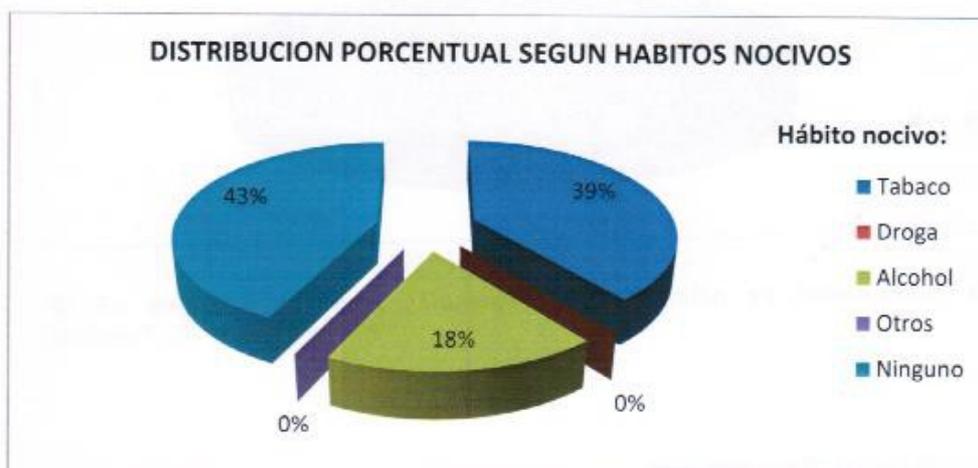
HABITOS NOCIVOS:**Tabla nº12:**

“Distribución porcentual según hábitos nocivos, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

DISTRIBUCION SEGÚN HABITOS NOCIVOS	FA	FR%
Tabaco	30	39 %
Droga	0	0 %
Alcohol	14	18 %
Otros	0	0 %
Ninguno	32	43 %
TOTAL	76	100%

Grafico nº12:

“Distribución porcentual según hábitos nocivos, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Tabaco 39%; Droga 0%; Alcohol 18%; Ninguno 43%.

ANGUSTIA:**Tabla nº13:**

"Relación porcentual de la angustia – estrés con los hábitos nocivos, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

Sí su angustia aumenta, ¿considera usted que también se incrementan sus hábitos nocivos?	FA	FR%
Si	39	51%
No	37	49%
TOTAL	76	100%

Grafico nº13:

"Relación porcentual de la angustia – estrés con los hábitos nocivos, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"



*SI Su angustia aumenta, ¿Considera que también se incrementan sus Hábitos Nocivos?: SI: 51%. NO: 49%

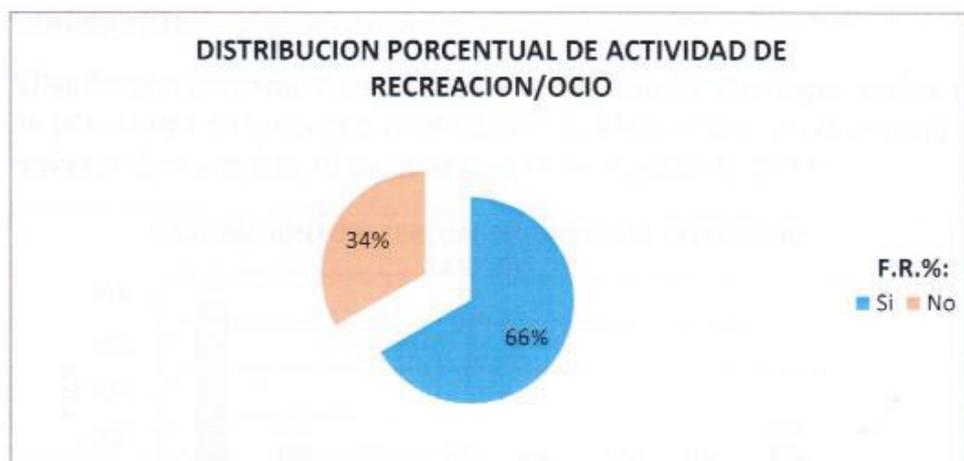
OCIO – RECREACION:**Tabla n°14:**

“Distribución porcentual según actividades de recreación, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

DISTRIBUCION ACTIVIDADES DE RECREACION	FA	FR%
Si	50	66%
No	26	34%
TOTAL	76	100%

Grafico n°14:

“Distribución porcentual según actividades de recreación, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Actividad/ Recreación: SI: 66%. NO: 34%

ESTRUCTURA FAMILIAR:

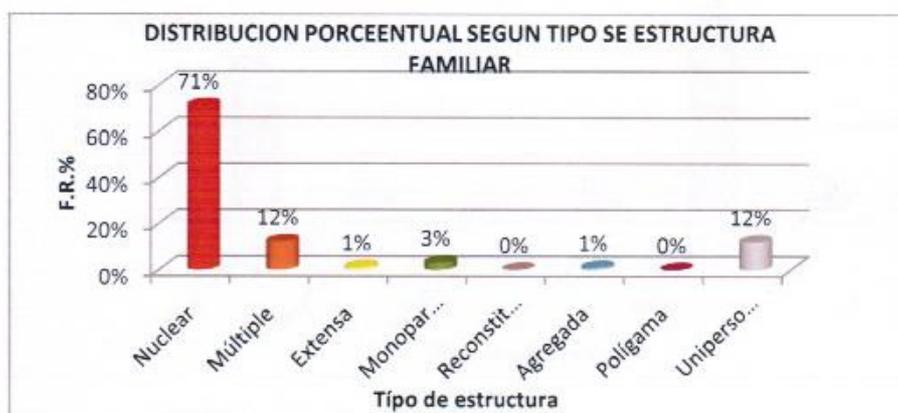
Tabla n°15:

“Distribución porcentual según la estructura familiar del hogar, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

DISTRIBUCION POR ESTRUCTURA FAMILIAR	FA	FR%
Nuclear	54	71 %
Múltiple	9	12 %
Extensa	1	1 %
Monoparental	2	3 %
Reconstituida	0	0 %
Agregada	1	1 %
Polígama	0	0 %
Unipersonal	12	12 %
TOTAL	76	100%

Gráfico n°15:

“Distribución porcentual según la estructura familiar del hogar, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Nuclear 71%; Múltiple 12%; Extensa 1%; Monoparental 3%; Reconstituida 0%; Agregada 1%; Polígama 0%; Unipersonal 12%.

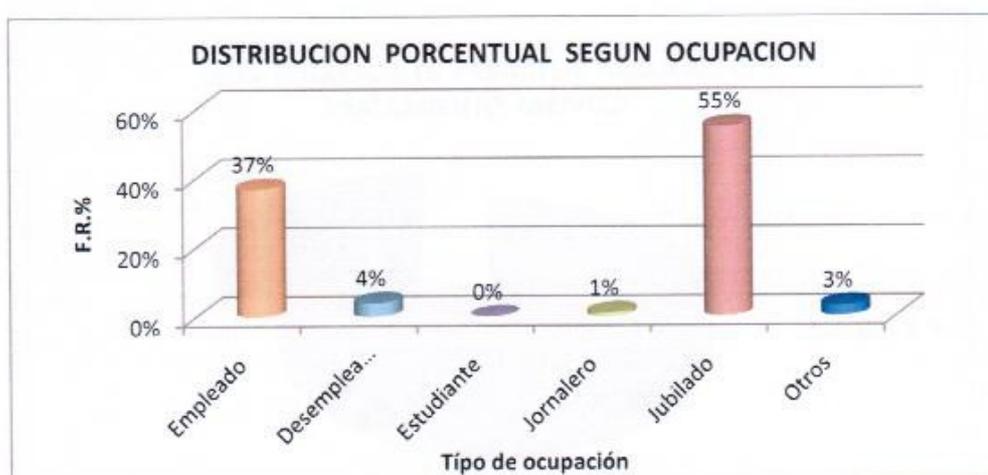
OCUPACION:**Tabla n°16:**

"Distribución porcentual según ocupación, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

DISTRIBUCION POR OCUPACION	FA	FR%
Empleado	28	37 %
Desempleado	3	4 %
Estudiante	0	0 %
Jornalero	1	1 %
Jubilado	42	55 %
Otros	2	3 %
TOTAL	76	100%

Gráfico n°16:

"Distribución porcentual según ocupación, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"



*Empleado 37%; Desempleado 4%; Estudiante 0%; Jornalero 1%; Jubilado 55%; Otros 3%.

ACCESO AL TRATAMIENTO

Tabla n°17:

“Relación porcentual de la acceso al tratamiento y los ingresos, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

¿SUS INGRESOS LE PERMITEN REALIZAR EL TRATAMIENTO MÉDICO?	FA	FR%
Si	57	75 %
No	19	25 %
TOTAL	76	100%

Grafico n°17:

“Relación porcentual de la acceso al tratamiento y los ingresos, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Acceso al tratamiento: SI:75%. NO:25%.

IMPOSIBILIDAD AL ACCESO AL TRATAMIENTO:

Tabla n° 18:

“Relación porcentual de la imposibilidad del acceso al tratamiento por los ingresos y la angustia, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE NO, ¿LA SITUACIÓN LO ANGUSTIA?	FA	FR%
Si	56	74 %
No	20	26 %
TOTAL	76	100%

Grafico n°18:

“Relación porcentual de la imposibilidad del acceso al tratamiento por los ingresos y la angustia, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*La imposibilidad al acceso al tratamiento, lo angustia? SI: 74%. NO: 26%.

ESCALA DE BECK:**Tabla n°19:**

"Distribución porcentual según escala de Beck, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL DE ESCALA DE BECK	FA	FR%
Normal	41	54%
PEA	23	30%
Depresión Intermitente	4	5%
Depresión Moderada	6	8%
Depresión Grave	2	3%
Depresión Extrema	0	0%
TOTAL	76	100%

Gráfico n°19:

"Distribución porcentual según escala de Beck, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"



*Normal 54%; PEA 30%; Depresión Intermitente 5%; Depresión Moderada 8%; Depresión Grave 3%; Depresión Extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL ENTRE DEPRESION Y SEXO:

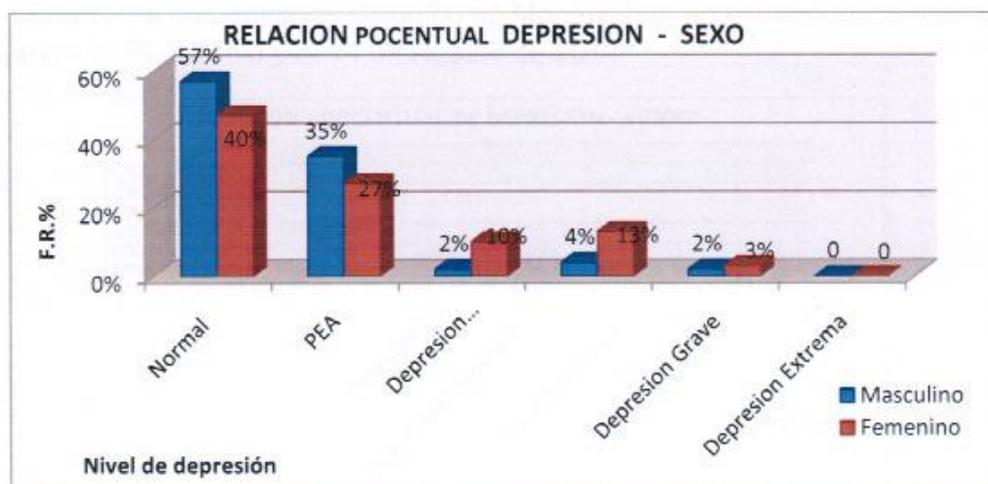
Tabla n°20:

“Relación porcentual de la depresión con el sexo, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

DISTRIBUCIONPORCENTUAL DE DEPRESION SEGÚN SEXO	MASCULINO		FEMENINO	
	FA	FR%	FA	FR%
Normal	26	57%	12	40%
PEA	16	35%	8	27%
Depresión Intermitente	1	2%	3	10%
Depresión Moderada	2	4%	4	13%
Depresión Grave	1	2%	3	10%
Depresión Extrema	0	0	0	0
TOTAL	46	100%	30	100%

Gráfico n°20:

“Relación porcentual de la depresión con el sexo, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Sexo Masculino: Normal 57%; PEA 35%; Depresión Intermitente 2%; Depresión Moderada 4%; Depresión Grave 2%; Depresión Extrema 0%.

*Sexo Femenino: Normal 40%; PEA 27%; Depresión Intermitente 10%; Depresión Moderada 13%; Depresión Grave 10%; Depresión Extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESION CON VIUDEZ:

Tabla n°21:

“Relación porcentual de la depresión con la viudez, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

RELACION PORCENTUAL DE DEPRESION CON VIUDEZ	VIUDO/A	
	FA	FR%
Normal	5	56%
PEA	2	22%
Depresión Intermitente	1	11%
Depresión Moderada	1	11%
Depresión Grave	0	0
Depresión Extrema	0	0
TOTAL	9	100%

Grafico n°21:

“Relación porcentual de la depresión con la viudes, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Normal 56%; PEA 22%; Depresión Intermitente 11%; Depresión Moderada 11%; Depresión Grave 0%; Depresión Extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE DEPRESION CON IMC:

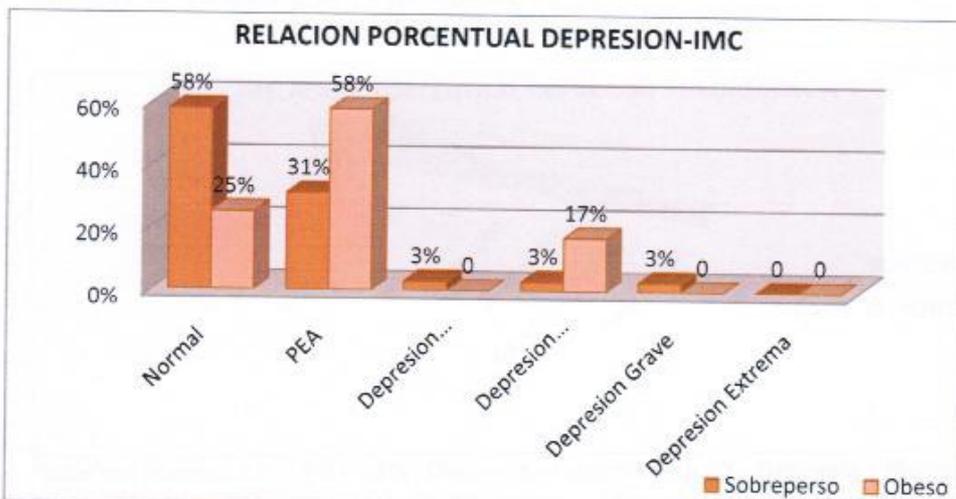
Tabla n°22:

"Relación porcentual de la depresión con el IMC, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

RELACION PORCENTUAL DEPRESION – IMC	SOBREPESO		OBESO	
	FA	FR%	FA	FR%
Normal	22	59%	3	25%
PEA	12	32%	7	58%
Depresión Intermedia	1	3%	0	0%
Depresión Moderada	1	3%	2	17%
Depresión Grave	1	3%	2	0%
Depresión Extrema	0	0%	0	0%
TOTAL	37	100%	14	100%

Grafico n°22:

"Relación porcentual de la depresión con el IMC, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"



*Sobrepeso: Normal 59%; PEA 32%; Depresión Intermedia 3%; Depresión Moderada 3%; Depresión Grave 3%; Depresión Extrema 0%.

*Obeso: Normal 25%; PEA 58%; Depresión Intermedia 0%; Depresión Moderada 17%; Depresión Grave 0% Depresión Extrema 0%

RELACION PORCENTUAL DE DEPRESION CON LA PROCEDENCIA:

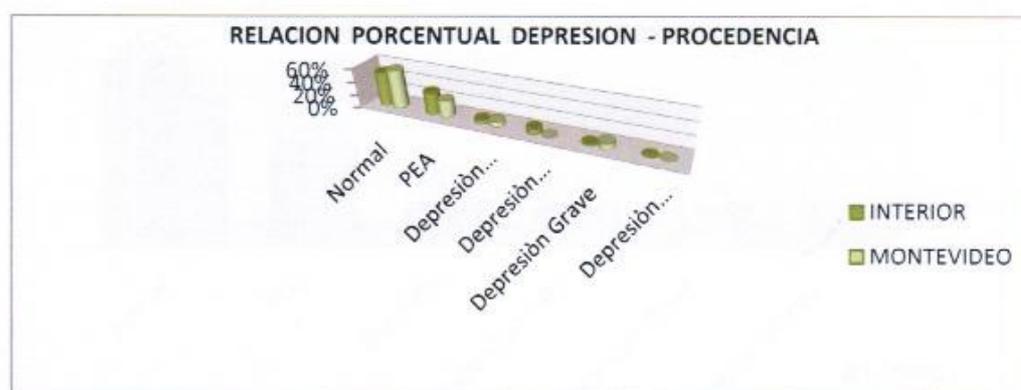
Tabla n°23:

“Relación porcentual de la depresión con la procedencia, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

RELACION PORCENTUAL DEPRESION - PROCEDENCIA	INTERIOR		MONTEVIDEO	
	FA	FR%	FA	FR%
Normal	33	51%	7	58%
PEA	21	33%	3	25%
Depresión Intermitente	4	6%	1	8%
Depresión Moderada	5	8%	0	0
Depresión Grave	1	2%	1	8%
Depresión Extrema	0	0%	0	0
TOTAL	64	100%	12	100%

Grafico n°23:

“Relación porcentual de la depresión con la procedencia, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Interior: Normal 51%; PEA 33%; Depresión Intermitente 6%; Depresión Moderada 8%; Depresión Grave 2%; Depresión Extrema 0%. *Montevideo: Normal 58%; PEA 25%; Depresión Intermitente 8%; Depresión Moderada 0%; Depresión Grave 8%; Depresión Extrema 0%

RELACION PORCENTUAL DE DEPRESION CON LA ACTIVIDAD/RECREACION/OCIO:

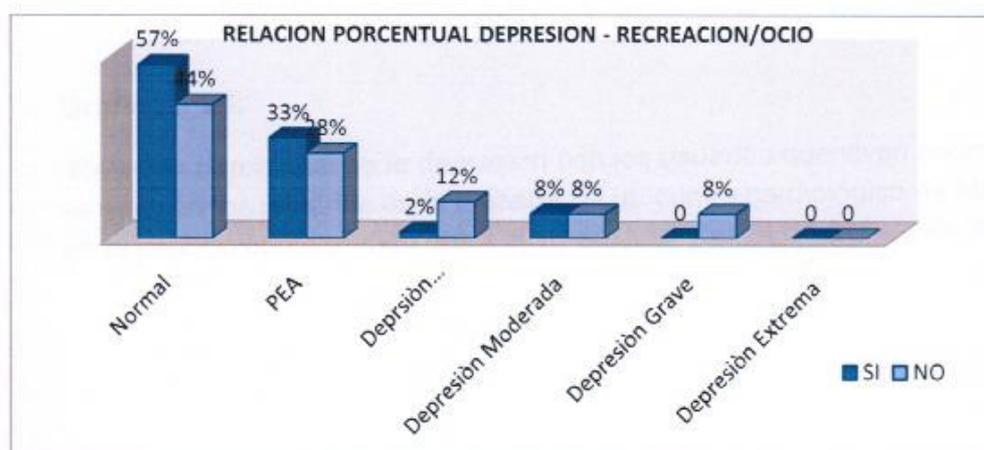
Tabla n°24:

“Relación porcentual de la depresión con la actividad/recreación/ocio, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

RELACION PORCENTUAL DEPRESION – RECREACION/OCIO	SI		NO	
	FA	FR%	FA	FR%
Normal	29	57%	11	44%
PEA	17	33%	7	28%
Depresión Intermitente	1	2%	3	12%
Depresión Moderada	4	8%	2	8%
Depresión Grave	0	0%	2	8%
Depresión Extrema	0	0%	0	0%
TOTAL	51	100%	25	100%

Grafico n°24:

“Relación porcentual de la depresión con la actividad/recreación/ocio, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Actividad/ Recreación/ Ocio: SI: Normal 57%; PEA 33%; Depresión Intermitente 2%; Depresión Moderada 8%; Depresión Grave 0%; Depresión Extrema 0%.
NO: Normal 44%; PEA 28%; Depresión Intermitente 12%; Depresión Moderada 8%; Depresión Grave 8%; Depresión Extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESION CON USUARIOS QUE VIVEN ACOMPAÑADO VS SOLO:

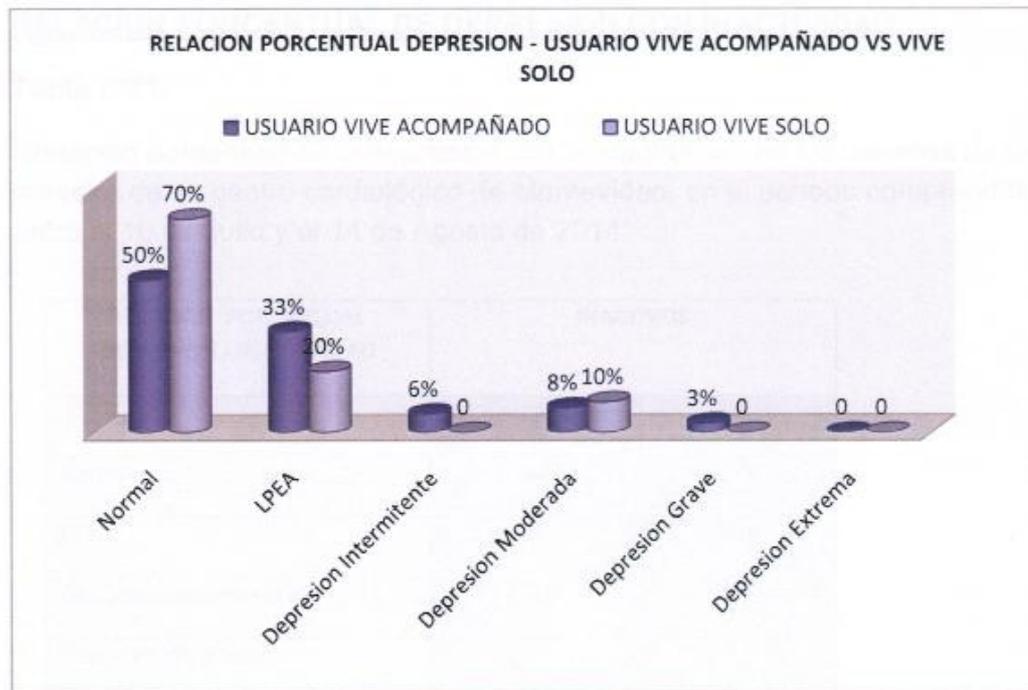
Tabla n°25:

“Relación porcentual de la depresión con los usuarios que viven acompañado vs solo, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

RELACION PORCENTUAL DEPRESION - USUARIO VIVE ACOMPAÑADO VS SOLO	USUARIO VIVE ACOMPAÑADO (Nuclear + Agregada + Múltiple + Monoparental + Extensa)		USUARIO VIVE SOLO (Unipersonal)	
	FA	FR%	FA	FR%
Normal	33	50%	7	70%
PEA	22	33%	2	20%
Depresión Intermitente	4	6%	0	0%
Depresión Moderada	5	8%	1	10%
Depresión Grave	2	3%	0	0%
Depresión Extrema	0	0%	0	0%
TOTAL	66	100%	10	100%

Grafico n°25:

“Relación porcentual de la depresión con los usuarios que viven acompañado vs solo, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



***Usuario Vive Acompañado: Normal 50%; LPEA 33%; Depresión Intermitente 6%; Depresión Moderada 8%; Depresión Grave 3%; Depresión Extrema 0%.**

***Usuario Vive Solo: Normal 70%; LPEA 20%; Depresión Intermitente 0%; Depresión Moderada 10%; Depresión Grave 0%; Depresión Extrema 0%.**

RELACION PORCENTUAL DE DEPRESION CON INACTIVIDAD:

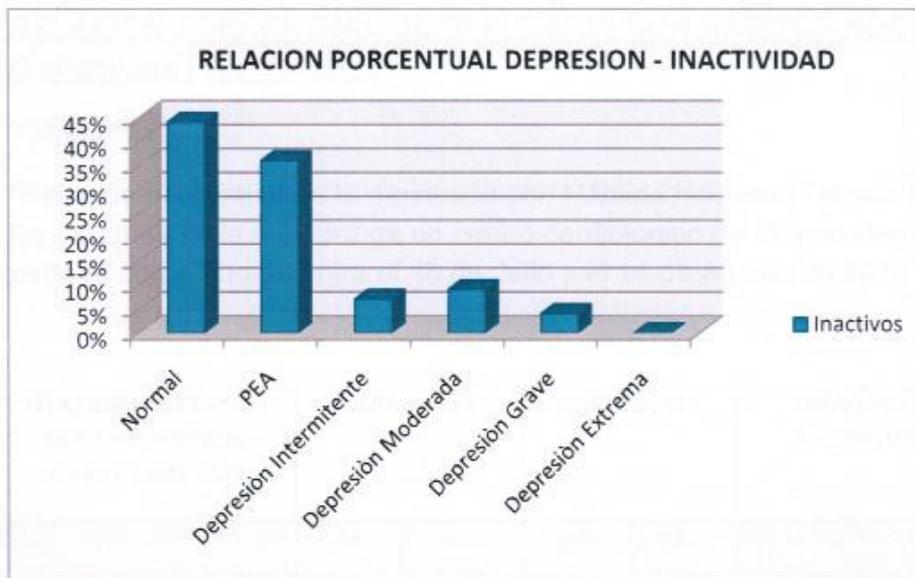
Tabla n°25:

“Relación porcentual de la depresión con la inactividad, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

RELACION PORCENTUAL DEPRESION - INACTIVIDAD	INACTIVOS	
	FA	FR%
Normal	20	44%
PEA	16	36%
Depresión Intermitente	3	7%
Depresión Moderada	4	9%
Depresión Grave	2	4%
Depresión Extrema	0	0%
TOTAL	45	100%

Grafico n°25:

“Relación porcentual de la depresión con la inactividad, en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



***Depresión-Inactividad Laboral: Normal 44%; PEA 36%; Depresión Intermitente 7%; Depresión Moderada 9%; Depresión Grave 4%; Depresión Extrema 0%.**

**RELACION PORCENTUAL DE DEPRESION CON HABITOS NOCIVOS
(Tabaquista / Alcohlista):**

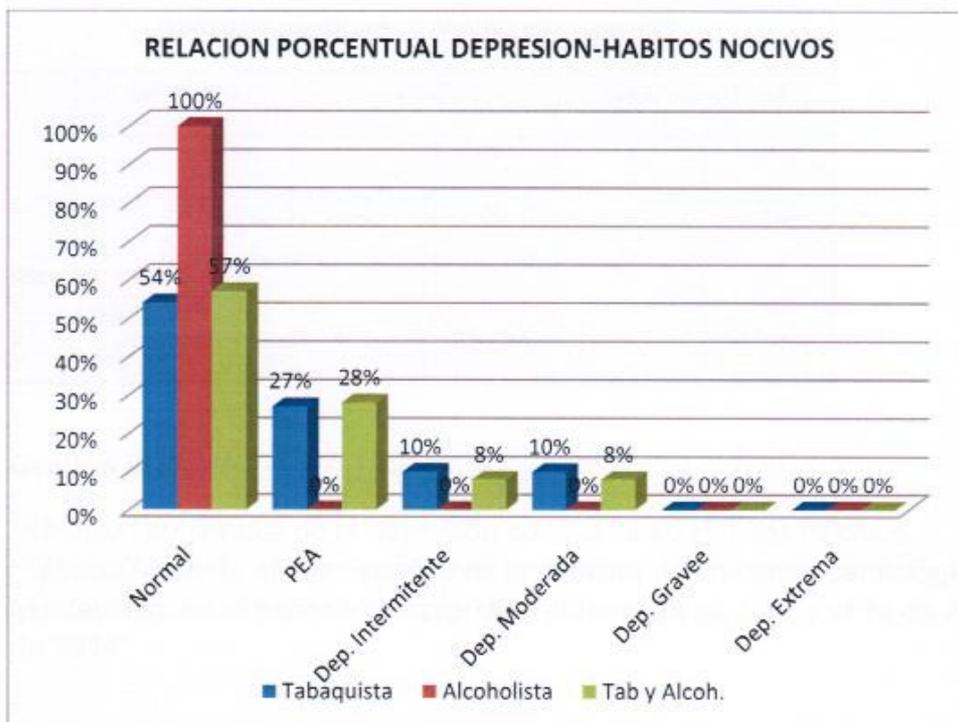
Tabla n°26:

"Relación porcentual de la depresión con Hábitos Nocivos (Tabaco/Alcohol), en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"

RELACION PORCENTUAL DE DEPRESION CON HABITOS NOCIVOS	TABAQUISTA		ALCOHOLISTA		TABAQUISTA Y ALCOHOLISTA	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Normal	12	54%	2	100%	8	57%
PEA	6	27%	0	0%	4	28%
Depresión intermitente	2	10%	0	0%	1	8%
Depresión moderada	2	10%	0	0%	1	8%
Depresión grave	0	0%	0	0%	0	0%
Depresión extrema	0	0%	0	0%	0	0%
Total	22	100%	2	100%	14	100%

Grafico n°26:

"Relación porcentual de la depresión con Hábitos Nocivos (Tabaco/Alcohol), en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014"



*Tabaquista: Normal 54%; PEA 27%; Depresión intermitente 10%; Depresión moderada 10%; Depresión grave 0%; Depresión extrema 0%.
 Alcoholista: Normal 100%; PEA 0%; Depresión intermitente 0%; Depresión moderada 0%; Depresión grave 0%; Depresión extrema 0%.
 Alcoholista y Tabaquista: Normal 57%; PEA 28%; Depresión intermitente 8%; Depresión moderada 8%; Depresión grave 0%; Depresión extrema 0%

RELACION PORCENTUAL DE DEPRESION Y AUMENTO DE HABITOS NOCIVOS (Tabaquista / Alcoholista):

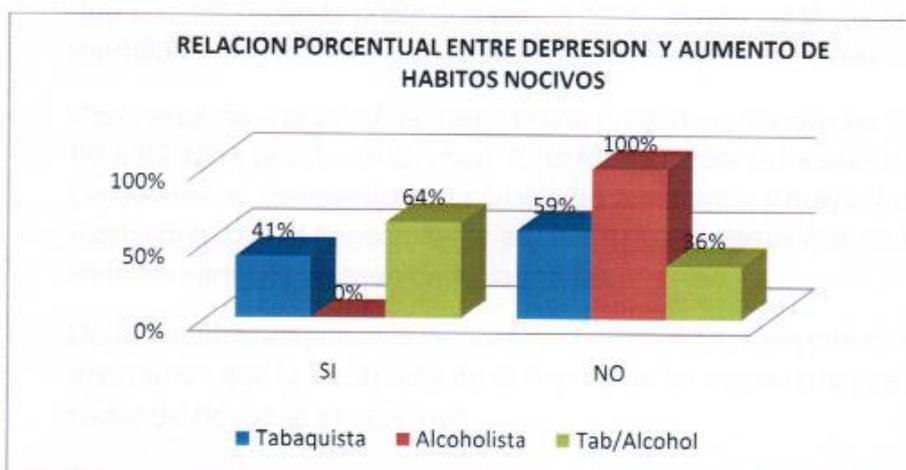
Tabla n°27:

“Relación porcentual de la depresión con Aumento Hábitos Nocivos (Tabaco/Alcohol), en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”

¿Considera cuanto más se angustia más consume?						
	Tabaquista		Alcoholista		Taba/ Alcoholista	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
SI	9	41%	0	0%	9	64%
NO	13	59%	2	100%	5	36%
Total	22	100%	2	100%	14	100%

Grafico n°27:

“Relación porcentual de la depresión con Aumento Hábitos Nocivos (Tabaco/Alcohol), en los usuarios de la muestra de un centro cardiológico de Montevideo, en el periodo comprendido entre el 16 de Julio y el 14 de Agosto de 2014”



*Considera cuanto más se angustia más consume:
SI: Tabaquista 41%; Alcoholista 0%; Tab/Alcohol: 64%.
NO: Tabaquista: 59%; Alcoholista 100%; Tab/Alcohol: 36%.

ANÁLISIS

Nuestro N estuvo conformado por 76 usuarios, a los cuales se les aplico el instrumento correspondiente, previa prueba piloto del mismo en un grupo poblacional seleccionado.

Se aplicaron los instrumentos (entrevista y escala de Beck), a todos los usuarios que asistieron al Centro Cardiológico de Institución privada de la ciudad de Montevideo, con diagnóstico de SCA, que aceptaron realizar el cuestionario de forma voluntaria y anónima, siendo estos mayores de 30 años, durante un periodo de 30 días (16 de Julio al 14 de Agosto).

Los datos que resultaron del relevamiento, fueron presentados mediante tablas y gráficas, de las cuales se dedujeron las frecuencias relativas, y relativa porcentual, para su análisis y discusión de los mismos.

En cuanto a la caracterización los resultados obtenidos fueron:

La población estudiada, fue predominantemente masculina con un 61%; dato que se asocia con lo publicado por CHSCV, donde las tasas ajustadas de mortalidad según sexo, son coincidente con lo anteriormente dicho.

Con respecto a la *edad*, la franja etaria predominante con un 58% fue entre los 60 a 89 años (adultos mayores). Esta franja es considerada un factor de riesgo de depresión, asociándose a pérdida de autonomía y mayor incidencia de morbilidad, con el concomitante aumento de las demandas de cuidados para el sistema sanitario, comunidad y la familia.

De la variable *estado civil* se observó que un 64% eran casados. A esto aportamos que la incidencia de la depresión en estos usuarios no tiene como factor de riesgo al estado civil.

En cuanto a la medición del *IMC*, encontramos un alto índice de sobrepeso en un 49% de la población muestra, seguido de un 16% de obesos como dato a destacar. A esto se suma la medición del variable perímetro de cintura de riesgo, donde se observó un 38% de riesgo elevado. Estos datos evidencian un alto factor de riesgo de enfermedades cardíacas.

La variable *días de internación*, no fue un dato que nos aportó mayor información para analizar. Debido a que los pacientes en estudio se encuentran en un periodo agudo de su EC, dando un 96% de 1-7 días de internación, 3% de 8-14 días y solo un 1% de 15-30.

Con respecto a los *antecedentes personales* (solo se indaga las patologías que concierne a la investigación) se destaca: 56% Cardiopatías, Depresión 16%. Ninguno 9%. El resto pertenece al total de patologías varias 19%. Esto refleja los datos de la CHSC, que establecen que el conjunto de EC, en Uruguay, es aproximadamente el 34 % del total de fallecimientos, causando 27 muertes. Vinculado a esto los usuarios que refieren adherencia a un régimen terapéutico, fueron un 98%²².

En cuanto a los *antecedentes familiares* observamos un alto porcentaje de Cardiopatías 55% y Depresión 12%. Esto muestra que existe de tener estas patologías si se tiene antecedentes familiares de las mismas. Lo siguen con un 37% el total de Otros, Ninguno y desconoce.

Con respecto a la *procedencia*, se observó que un 84% de los usuarios residen en el interior del país, de los cuales se destacan (con un 9% cada uno) Canelones, Maldonado, Rocha y Tacuarembó. Para este dato la CHSCV, indica que Rocha se encuentra dentro de los departamentos con mayor índice de "mortalidad máxima" por EC, mientras que Maldonado y Tacuarembó se ubican en un grupo "intermedio alta" mortalidad. En cuanto a la epidemiología de la enfermedad depresiva, según datos del MSP, la incidencia es duplicada en el interior del país (65%).

La variable *nivel de instrucción* reveló que la población presenta primaria completa en un 29%, incompleta 18%. Secundaria completa 20%, incompleta 16%. Terciaria completa 5% e incompleta 9%. Esta información está acorde con la tasa de alfabetización de nuestro país que corresponde a un 98,3%, entendiéndose por alfabetización la capacidad de leer y escribir a una determinada edad²³

El *hábito nocivo* que se destacó fue el tabaquismo con un 39% y de estos tabaquistas un 51% asocia su mayor consumo en relación a la angustia- estrés. Como dato interesante, el 43% de los usuarios niega tener hábitos nocivos.

En cuanto a las *actividades de recreación- ocio*, se observó predominancia de una conducta generadora de salud, ya que el 66% afirma tener alguna actividad.

En lo que se refiere a la *estructura familiar*, concordando con el dato del estado civil, un 71% tiene una estructura familiar nuclear, múltiple y unipersonal 12% cada una. Monoparental 3%; extensa y agregada un 1% respectivamente.

En lo que respecta a la variable *ocupación*, siguiendo la tendencia de la franja etaria predominante, el mayor porcentaje fue de jubilados- pensionistas con un

²² COMISION HONORARIA PARA LA SALUD CARDIOVASCULAR – AREA EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICA.

²³ www.tacuarembó2030.com/uruguay/810-uruguay-con-el-menor-analfabetismoregional.html

55%. Destacamos que un 4% de los usuarios se encuentra desocupado, ya que sumado a lo anterior, eleva el porcentaje de usuarios inactivos a casi un 60%, siendo una variable con estrecha vinculación a la probabilidad de sufrir depresión. Destacamos la importancia del rol de enfermería en este ítem con estos porcentajes en lo que hace a actividades preventivas no solo a nivel individual, sino grupal y derivación a grupos de tercera edad si así fuera necesario.

En relación a los *ingresos del usuario*, se planteó la pregunta: "¿Sus ingresos le permiten cumplir con el tratamiento médico?"²⁴, de la cual obtuvimos un 75% de respuestas afirmativas y un 25% de respuestas negativas, en estos últimos un 75% contestó en forma negativa a la pregunta: "¿esta situación lo angustia?". De esto deducimos que para esta muestra la accesibilidad al tratamiento médico no es un determinante de depresión.

En cuanto a los datos obtenidos por la *escala de Beck*:

Un 56% de los usuarios se ubicaron en el rango de NO depresión, y un 46% manifiesta algún grado de depresión; donde retomamos nuestro rol preponderante preventivo y más teniendo en cuenta en número de la muestra, de estos últimos, un 30% posee alteraciones del estado de ánimo, un 5% sufre depresión intermitente, un 8% sufre depresión moderada, y un 3% depresión grave. El que la enfermera tenga claro como lo explicitamos en el marco teórico que la evolución de la ECA siempre va a ser de mejor evolución y pronóstico tratando en forma concomitante el cuadro depresivo, veremos que a futura se colabora que estas cifras pueden llegar a disminuir.

En lo que respecta al comportamiento de las variables de la caracterización en relación a las escala de Beck aplicada, observamos el predominio de las siguientes tendencias destacadas:

En base al dato de predominio de usuarios hombres adultos mayores, un 33% de estos sufre alteración del estado de ánimo, Depresión Intermitente y grave cada una 2% y con el 4% Depresión Moderada

En el caso del sexo femenino se observó que el 60% corresponde al rango previamente mencionado; al igual que en los hombres mayor porcentaje en esta franja etaria.

El 27% de estas posee Alteración del Estado de Animo, Depresión Intermitente 10%. Depresión Moderada 13% y Depresión Grave 3%.

Enfrentando estos datos por género, observamos que en el sexo femenino se obtiene mayor porcentaje de algún grado de depresión.

CONCLUSIONES

Deteniéndonos en que la pérdida de un ser querido es una de las causas de depresión y dado que nuestra investigación aportó un 12% de viudez. Observamos que del total de usuarios Viudo/a, el 44% de éstos marco algún grado de depresión. Esta población presenta mayor vulnerabilidad ante la depresión.

Del total de usuarios con Sobrepeso encontramos que un 39% presenta algún grado de Depresión. En cuanto a los pacientes con un IMC que marco Obesidad, el 75% de estos presento algún grado de Depresión. Esto nos refleja la estrecha relación entre estos factores de riesgo y la depresión.

En concordancia con los datos epidemiológicos del MSP, nuestros datos aportan que el 49% del total de usuarios del interior posee algún grado de Depresión, y el 40% de los usuarios de Montevideo. Siendo mayor el porcentaje en el Interior que en la capital.

De los usuarios que refirieron no realizar ninguna actividad de recreación, el 56% sufre algún grado de depresión.

De los usuarios que se encuentran en inactividad, el 56% tiene algún grado de depresión. Entendemos que en estos porcentajes está implícita que la baja autoestima y el apragmatismo que caracteriza a la depresión conlleva a no tener iniciativa social y personal.

Con respecto a los consumidores de solo tabaco, el 47% presenta algún grado de depresión y de estos el 41% SI, refiere mayor consumo con la presencia de angustia.

Del total de usuario que consume tabaco/ alcohol, el 44% presenta algún grado de depresión, y el 64% manifestó que aumenta el consumo con la angustia.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de éste trabajo fue determinar qué Relación existe entre síndrome coronario agudo (SCA) y la depresión. Como universo tomamos los usuarios internados en una Unidad Cardiológica privada de la Ciudad de Montevideo (con cobertura de alcance nacional) en un periodo de 30 días (entre 16 de Julio y 14 de Agosto), donde obtuvimos una muestra de 76 usuarios.

Para cumplir con nuestros objetivos, elaboramos instrumento para recolección de datos y aplicamos la escala de Beck a los usuarios captados en dicho periodo, de forma anónima y voluntaria. Aplicamos una prueba piloto (días 14 y 15 de Julio) en 7 usuarios, donde no se identificaron dificultades con los instrumentos.

En el transcurso de nuestro trabajo de campo, podemos decir que logramos adhesión total de los usuarios abordados.

Además de caracterizar y analizar la población de la muestra, logramos identificar los factores de riesgo en pacientes con SCA y depresión.

En cuanto a los resultados obtenidos podemos decir que la población se caracterizó por ser hombres adultos mayores, jubilados, que Vivian con sus familias, la mayoría del interior del país, con antecedentes personales y familiares de enfermedades cardíacas y en menor porcentaje de depresión, la mitad de ellos con sobrepeso, con alguna actividad de recreación, con habito nocivo predominante el tabaco, y alfabetizados,.

Los resultados obtenidos a través del instrumento escala de Beck fueron que un 46% presento algún grado de depresión.

Los usuarios que entraron dentro de los rangos de alteración del estado de ánimo, depresión intermitente, moderada o grave, se observó que las mujeres tienen más predisposición a estos niveles, así como obesos y con sobrepeso, residentes del interior del país, aquellos que no tienen actividades de recreación -ocio, o que se mantienen inactivos.

Afirmamos que el trabajo nos permitió reconocer la situación actual en nuestro medio del SCA en relación con la depresión; Y a través de él tenemos la necesidad de destacar, a pesar de los resultados de este trabajo, la importancia de aplicar un instrumento para relevamiento en usuario con SCA que permitan la detección rápida por parte de enfermería, de potencialidad de padecimiento de depresión como un problema interdependiente, de suma relevancia en estos usuarios.

SUGERENCIAS

Consideramos que el trabajo realizado es de gran valor para el personal de enfermería ya que nos permite según los resultados obtenidos trabajar sobre distintos diagnósticos, (Depresión y ECA) con el fin de poder prevenir, y tratar de forma conjunta, con el personal médico ; logrando de este modo brindarle al usuario una atención integral y de calidad .

Para ello es de suma importancia, la capacitación de los RRHH, para promover el desarrollo adecuado de ejecución de tareas de prevención, promoción y tratamiento, de la depresión en el servicio de cardiología donde realizamos nuestro trabajo, que integren parte de los cursos de educación permanente del servicio.

Tener internalizado en el personal de enfermería en el contexto del plan de alta la derivación oportuna de acuerdo al factor de riesgo de depresión o tratamiento a comenzar o continuar. Con debido registro en Historia Clínica

También consideramos que para brindar un cuidado integral al usuario, debería de existir un equipo multidisciplinario que contemple la salud mental del usuario, con el fin de poder trabajar y sobre aquellos aspectos interpersonales e intergrupales.

BIBLIOGRAFÍACRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES /2014						
	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre
Búsqueda y organización de información	■						
Organización del protocolo		■					
Validación del Instrumento			■				
Recolección de datos y aplicación del instrumento				■			
Organización de datos					■		
Discusión y presentación de resultados						■	

PRESUPUESTO

Tipo de gasto	Valor por unidad	Valor total
Fotocopias	\$6	\$600
Bolígrafos	\$10	\$40
Lápiz	\$ 5	\$20
Transporte	\$46	\$1500
Carpetas	\$95	\$190
Centímetros	\$40	\$160
TOTAL		\$2510

- ✓ Fotocopias: Se utilizaron 4 por usuario (Variables y Herramienta).
- ✓ Lápiz y bolígrafos: Se utilizaron 4 unidades de cada uno.
- ✓ Transporte: Se contabilizo tanto el de ida como el de vuelta (transporte urbano).
- ✓ Carpetas: Se utilizaron 2.
- ✓ Centímetros: 4 unidades.

ANEXOS

ANEXO I**Escala de Beck.**

TRISTEZA		
0		No me siento triste
1		Me siento triste
2		Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
3		Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.
PESIMISMO		
0		No me siento especialmente desanimado de cara al futuro
1		Me siento desanimado de cara al futuro
2		Siento que no hay nada por lo que luchar
3		El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
SENSACIÓN DE FRACASO		
0		Sensación de fracaso
1		he fracasado más que la mayoría de las personas
2		Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro
3		Soy un fracaso total como persona
INSATISFACCIÓN		
0		Las cosas me satisfacen tanto como antes
1		No disfruto de las cosas tanto como antes
2		Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas
3		Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo
CULPA		
0		No me siento especialmente culpable
1		Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2		Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3		Me siento culpable constantemente
EXPECTATIVAS DE CASTIGO		
0		No creo que esté siendo castigado
1		Siento que quizás esté siendo castigado
2		Espero ser castigado
3		Siento que estoy siendo castigado
AUTODESPRECIO		
0		No estoy descontento de mí mismo
1		Estoy descontento de mí
2		Estoy a disgusto conmigo mismo
3		Me detesto
AUTOACUSACIÓN		
0		No me considero peor que cualquier otro
1		me autocritico por mi debilidad o por mis errores
2		Continuamente me culpo por mis faltas
3		Me culpo por todo lo malo que sucede
IDEAS SUICIDAS		
0		No tengo ningún pensamiento de suicidio
1		A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré

2		Desearía poner fin a mi vida
3		me suicidaría si tuviese oportunidad
EPISODIOS DE LLANTO		
0		No lloro más de lo normal
1		Ahora lloro más que antes
2		Lloro continuamente
3		No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga
IRRITABILIDAD		
0		No estoy especialmente irritado
1		me molesto o irrito más fácilmente que antes
2		me siento irritado continuamente
3		Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban
RETIRADA SOCIAL		
0		No he perdido el interés por los demás
1		Estoy menos interesado en los demás que antes
2		He perdido gran parte del interés por los demás
3		He perdido todo interés por los demás
INDECISIÓN		
0		Tomo mis propias decisiones igual que antes
1		Evito tomar decisiones más que antes
2		Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
3		Me es imposible tomar decisiones
CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL		
0		No creo tener peor aspecto que antes
1		Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo
2		Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo
3		Creo que tengo un aspecto horrible
ENLENTECIMIENTO		
0		Trabajo igual que antes
1		Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo
2		Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo
3		Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea
INSOMNIO		
0		Duermo tan bien como siempre
1		No duermo tan bien como antes
2		Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme
3		Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme
FATIGABILIDAD		
0		No me siento más cansado de lo normal
1		Me canso más que antes
2		Me canso en cuanto hago cualquier cosa
3		Estoy demasiado cansado para hacer nada
PÉRDIDA DE APETITO		
0		Mi apetito no ha disminuido
1		No tengo tan buen apetito como antes

2	Ahora tengo mucho menos apetito
3	he perdido completamente el apetito
PÉRDIDA DE PESO	
0	No he perdido peso últimamente
1	He perdido más de 2 kilos
2	He perdido más de 4 kilos
3	He perdido más de 7 kilos
PREOCUPACIONES SOMÁTICAS	
0	No estoy preocupado por mi salud
1	Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc
2	Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
3	Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas
BAJO NIVEL DE ENERGÍA	
0	No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
1	La relación sexual me atrae menos que antes
2	Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
3	He perdido totalmente el interés sexual

<u>Puntuación Total</u>	<u>Nivel de Depresión</u>
1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
Más de 40	Depresión extrema

VARIABLES

INICIALES					EDAD			FECHA		
SEXO	Femenino				Masculino					
ESTADO CIVIL	Casado	Soltero	Viudo	Divorciado	Otros					
PESO					TALLA					
IMC	Inferior Normal		Normal		Sobrepeso moderado			Obesidad		
PERIMETRO CINTURA	cm	Normal (H: <94./ M:<80)		Riesgo elevado (H: 94-101./ M:80-87)			Riesgo muy elevado (H: >102./ M:>88)			
	Hombre									
	Mujer									
DIAS DE INTERNACION	1-7 días			15-30 días						
	8-14 días			Más de 30 días						
ANTECEDENTES PERSONALES		Leve	Moderada	Severa	Tratamiento	Si	No			
	Depresión									
	Cardiopatías									
	Otras									
ANTECEDENTES FAMILIARES		Leve	Moderada	Severa	Tratamiento	Si	No			
	Depresión									
	Cardiopatías									
	Otras									
LUGAR DE RESIDENCIA	Ciudad				Departamento					
NIVEL INSTRUCCION	1aria Comp.	1aria incomp.	2aria Comp.	2aria incomp.	3aria Comp.	3aria incomp.	Otros			
HABITOS NOCIVOS	Tabaco		Droga		Alcohol		Otros			

	¿Considera que cuanto más se angustia más consume?:							SI		
								NO		
RECREACIÓN/OCIO	Si		¿Cuál/Cuales?							
	No									
	Iglesia		Club Barrial		Grupo Amigos		Otros			
ESTRUCTURA FAMILIAR	Nuclear	Múltiple	Extensa	Monoparental	Reconstituida	Agregada	Poligama	Unipersonal		
OCUPACIÓN	Ocupado	Desocupado	Estudiante	Jornalero	Jubilado/Pensionista		Otros			
¿Usted percibe que sus ingresos le permiten cumplir con su tratamiento médico?							SI		NO	
Si su respuesta anterior fue NO, ¿esta situación le angustia?							SI		NO	

Carta de solicitud a Institución Privada de Montevideo:

Montevideo, 4 de junio de 2014.

Director Técnico de Sanatorio Americano.
Dr. Uruguay Russi.
Jefa de Depto. Enfermería.
Lic. Amalia Lagos.

Por la presente les solicito que los estudiantes del grupo de Tesis de Facultad de Enfermería abajo firmantes puedan acceder al Sanatorio Americano, con el fin de recolectar datos para el trabajo de Investigación que vienen desarrollando no solo como requisito académico para culminar su carrera, sino como aportes a la calidad de atención que debemos brindar en los diferentes servicios.

La temática de estudio es la "*Relación entre Síndrome Coronario Agudo y Depresión*".

Es por esto que eligieron vuestra institución, ya que el Centro Cardiológico Sanatorio Americano es referente en todo el país.

Acuerdo que todos los datos que obtengan son de extrema confidencialidad y el producto será volcado a la Institución asistencial como insumo para las mejoras.

Quedo a las órdenes para cualquier duda o aclaración.
Afectuosos saludos

Prof. Agdo. Lic. Esp. Iris Dutra
Cátedra de Enfermería en Salud Mental
Facultad de Enfermería
UdelaR

Br. Lorena Cedrés C.I:
Br. Debora Freire C.I:
Br. Margot Gamarra C.I:
Br. Elizabeth Gonzalez C.I:
Br. M°. Alejandra Medina C.I:

Cómo ayudar a un deprimido

No intentes buscar el motivo de la depresión para consolarle; probablemente no habrá un motivo claro.

No creas que lo que le sucede es algo irreal ni trates de convencerle de ello; la depresión, aunque sea una enfermedad confusa, es muy real.

No utilices frases tipo: "¡Venga, alegría esa cara!"; es tan absurdo e inútil como pedirle a alguien que tiene fiebre que deje de tenerla.

No le digas que no pone suficiente de su parte; no lo hace porque no tiene capacidad en este momento.

Intenta no enfadarte: dificultará mucho las cosas para él.

No le fuerces a hacer actividades que estén por encima de sus capacidades; es mucho mejor que le sugieras cosas sin agobiarle.

Y, sobre todo, evita comentarios tan desafortunados como: "Tu problema es que no tienes problemas importantes", "Esto te pasa porque no tienes nada en qué pensar", etc.

