

## PREVALENCIA DE DEPRESIÓN MAYOR EN POBLACIÓN HIPERTENSA

### PREVALENCE OF MAYOR DEPRESSION IN A HYPERTENSIVE POPULATION

**Angelina Dois\***

Enfermera Matrona, Licenciada en Enfermería, Terapeuta Familiar y de Parejas, Profesora Auxiliar, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Angélica Cazenave**

Enfermera Matrona, Magíster en Administración en Salud y Magíster en Humanización y Salud, Profesora Adjunta, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Daniela Fuentes**

Enfermera Matrona, Instructora Asociada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Angélica Farías**

Enfermera, Instructora Asociada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

---

Artículo recibido el 22 de agosto, 2007. Aceptado en versión corregida el 23 de octubre, 2007

#### RESUMEN

*La Depresión Mayor [DM] es uno de los problemas de salud mental de más alta prevalencia en nuestro país, además de factor de riesgo cardiovascular en el adulto. La Hipertensión Arterial [HTA] tiene altas tasas de prevalencia y se asocia con morbilidad cardiovascular, primera causa de muerte en Chile. La detección precoz de personas con comorbilidad entre depresión mayor e hipertensión arterial permite dar una respuesta terapéutica que disminuye el riesgo de infarto al miocardio y síndromes coronarios agudos. El presente estudio determina la prevalencia de depresión mayor y el perfil sociodemográfico de personas hipertensas crónicas en un Centro de Salud Familiar [CESFAM], se aplicó la Escala de Evaluación de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud [MINSAL] y el Inventario de Depresión de Beck [IDB]. El 85,8% de la muestra tiene puntaje en el IDB sugerente de depresión, 43,5% leve, 27,6% moderada y 11,8% severa, la mayoría son mujeres, dueñas de casa con educación básica incompleta. La DM presenta alta comorbilidad con la HTA. Ambas entidades son una carga importante para el nivel primario de salud que generan altos costos, por lo que es relevante su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno en pro de mejorar la calidad de vida, disminuir el riesgo cardiovascular y los costos en la Atención Primaria de Salud [APS]. **Palabras clave:** Depresión mayor, hipertensión arterial, comorbilidad.*

#### ABSTRACT

*Major Depression [MD] is one of the most prevalent mental health problems in Chile, as well as a risk factor for cardiovascular problems in adulthood. Arterial Hypertension [AHT] also has high rates of prevalence, and is associated with cardiovascular morbidity-mortality, the leading cause of death in Chile. The early diagnosis of co - morbidity between MD and AHT allows for the possibility of offering a therapeutic response in order to diminish the acute risk of myocardium infarct and coronary syndromes. The current study determines the prevalence of MD and the socio-demographic profile of people with chronic hypertension in the Family Health Center [CESFAM]. The Scale of Evaluation of Risk Factors of the Chilean Health Ministry [MINSAL] and the Inventory of Depression of Beck [IDB] were applied. Eighty-five point eight percent (85.8%) of the sample had a score on the IDB that was suggestive of depression, with 43.5% characterized as mild, 27.6% as moderate, and 11.8% severe. The majority were female, housewives, and with low educational level. MD had high co-morbidity with hypertension and both are a major burden for primary health care. Because of this, early diagnosis and adequate treatment are essential for improving quality of life, reducing cardiovascular risk, and diminishing healthcare costs. **Key words:** Major depression, arterial hypertension, co-morbidity.*

---

\* Correspondencia e-mail: adois@uc.cl

## INTRODUCCIÓN

El perfil epidemiológico de salud en nuestro país ha sufrido distintas variaciones durante los últimos veinte años, lo que se ve reflejado en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2003, que mostró un aumento de las patologías crónicas no transmisibles del adulto entre las que se encuentra la hipertensión arterial y la depresión mayor (Pontificia Universidad Católica - Ministerio de Salud [PUC-MINSAL], 2004).

La Hipertensión Arterial [HTA] es considerada como uno de los 16 problemas de salud prioritarios definidos por el Ministerio de Salud desde 1997. Su importancia radica en la magnitud del problema y en la causalidad asociada a morbi-mortalidad cardiovascular, primera causa de muerte en Chile. Se la considera la enfermedad crónica más común en nuestro país, con una Tasa de Mortalidad ajustada por edad y sexo de 15/100.000 y para el 2010 se proyecta en 16.5/100.000 (PUC-MINSAL, 2004; MINSAL, 2005). Su prevalencia en población general es de 33,7, siendo esta mayor en hombres que en mujeres (36,7-30,8 respectivamente) (PUC-MINSAL, 2004; Minoletti & López, 1999).

Según la Encuesta Nacional de Salud (2003), el 60% de las personas a las que se les detectó HTA conocían su condición, pero solo el 36% estaba en tratamiento y de ellos el 33% estaba normotenso (PUC-MINSAL, 2004). El estudio de carga de enfermedad realizado en Chile, mostró que la enfermedad hipertensiva produjo en 1993 una pérdida de 4,4 Años de Vida Saludables [AVISA] por mil habitantes. Lo que se traduce también en una carga importante para el nivel primario de salud, siendo la hipertensión arterial la primera causa de consulta en el nivel primario de atención (9,4% de todas las consultas) (Rojas, Montero & Moore, 2005).

Por otro lado, el panorama actual de la enfermedad depresiva muestra una prevalencia en población general mayor de 15 años entre el 7,5% y 10% siendo el grupo más afectado el que se encuentra entre

20 y 45 años con una relación 2:1 en población femenina sobre la masculina (Ministerio de Salud [MINSAL], 2001). El 30% de los consultantes en atención primaria tiene cuadros depresivos y estas tasas aumentan en personas que tienen además enfermedades físicas de gravedad. El 75% de las personas con depresión consultan por primera vez en la atención primaria con una tasa de reconocimiento inferior al 60% y menos del 30% de las personas recibe tratamiento; de las que lo reciben, menos del 20% lo prolonga por el tiempo recomendado (MINSAL, 2001). Además, la depresión mayor es la segunda causa de pérdida de años de vida saludable y primera causa de discapacidad en mujeres (Minoletti & López, 2000).

Los cuadros depresivos no diagnosticados habitualmente generan consulta médicas repetidas y altos costos en exámenes, tratamientos e interconsultas que no mejoran la condición de salud de las personas.

Es por esto que en el año 2001 el MINSAL inicia el Programa Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en la Atención Primaria dando respuesta a uno de los ejes prioritarios del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría vigente (MINSAL, 2001).

En Chile, tanto las tasas de prevalencia de depresión como de enfermedad coronaria constituyen dos de los más relevantes problemas de salud pública; de esta forma, una persona que evoluciona con un síndrome depresivo después de los 40 años de edad debe ser evaluado para estimar su riesgo de enfermedad coronaria junto con la instauración de un plan de tratamiento precoz de su depresión y la pesquisa de otros factores de riesgo cardiovascular (Araya, Madariaga, Ureta, Tomé & Bustos, 2002).

Recientemente, se ha identificado a la depresión como una patología fuertemente ligada a enfermedades cardiovasculares (Grewen, 2004). La alta prevalencia de depresión mayor en el mundo entero hace que se considere su relación con el

sistema cardiocirculatorio, siendo la comorbilidad entre ambas, fuente de una gran cantidad de enfermedades crónicas y degenerativas con altas tasas de mortalidad a nivel global (Araya et al., 2002).

La relación de la depresión con las Enfermedades Cardiovasculares [ECV] es sumamente compleja. Se han postulado diferentes mecanismos de impacto de la Depresión Mayor [DM] en la ECV, uno de los más estudiados es el proceso inflamatorio crónico producido por la DM y que se refleja en una reactividad plaquetaria exacerbada y disfunción endotelial que predisponen a aterosclerosis; siendo este el camino fisiopatológico inicial de las ECV y específicamente de los síndromes coronarios agudos (Ackermann et al., 2005; Broadley, Frenneaux, Moskvina, Jones & Korszun, 2005; Freasure-Smith & Lesperance, 2000).

Otro de los mecanismos postulados se relaciona con factores psicosociales implicados. Las personas que presentan comorbilidad entre DM y ECV tienden a seguir patrones de comportamiento caracterizados por escasa motivación para seguir el tratamiento y para contribuir a su rehabilitación, aislamiento social, baja autoestima, irritabilidad e inseguridad (Creed, Machin & Hicks, 1999; Messer, 2003; Thornto, 2001). La depresión se puede asociar a estilos de vida poco saludables como una dieta más pobre, tabaquismo, aumento del consumo de alcohol y sedentarismo, todos factores que aumentan el riesgo de ECV (Freasure-Smith & Lesperance, 2003; Guck, Kavan, Elsassser & Barone, 2001; Remick, 2002; Sayers, 2004).

Investigaciones recientes se han centrado en aspectos específicos de la depresión, tales como la desesperanza y el agotamiento vital, como elementos dominantes para el riesgo de la enfermedad cardíaca (Lesperance, Freasure-Smith, Theroux & Irwin, 2004). Estos síntomas se han asociado al riesgo creciente en el desarrollo de enfermedad coronaria, así como a muerte repentina en pacientes

con ECV o a la presencia del llamado Síndrome del Agotamiento Vital que implica fatiga, irritabilidad y sentimientos desmoralizadores (Appels, 2000; Schuitemaker, Dinant, Van Der Pol, Verhelst & Appels, 2004).

Además, de ser un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad cardiovascular, la depresión es un factor de riesgo para los acontecimientos cardíacos en pacientes con enfermedad coronaria establecida. Esto se ha demostrado en usuarios que han sido sometidos a cateterización coronaria, angioplastia, cirugía de *bypass* cardíaco, donde se encontró que la DM aumentó el riesgo de sufrir un infarto en los meses posteriores a la cirugía (Sayers, 2004).

En la Atención Primaria [AP] entonces, se deben considerar estas asociaciones incluyendo la pesquisa de depresión mayor en los programas de atención de usuarios con enfermedades crónicas para lo cual es posible utilizar algunos instrumentos de tamizaje que permiten reducir el exceso de demanda a los profesionales y optimizar los recursos con los que cuenta la atención primaria.

El Inventario de Depresión de Beck [IDB] (1979) es un instrumento autoaplicado que permite identificar cuadros sugerentes de depresión. Su validez predictiva como instrumento diagnóstico ha sido evaluada en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con una sensibilidad de 100%, especificidad de 99%, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte  $\geq 13$ ), (Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Diez-Manrique & Dorrwick, 2000). Por otro lado, el metaanálisis realizado por Shafer (2005) demostró que el IDB era una prueba sólida para el hallazgo de cuadros depresivos en población con patología médica.

Debido al aumento e importancia de ambas entidades clínicas, el objetivo general de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión en consultantes con hipertensión arterial crónica y su perfil

sociodemográfico a partir del cual dar una respuesta terapéutica efectiva a aquellos usuarios que lo requieran en el marco de las Garantías Explícitas en Salud [GES] vigentes de los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y del Plan Nacional de Salud Familiar del Ministerio de Salud vigentes en nuestro país (MINSAL, 2001; 2002).

## METODOLOGÍA

La presente investigación corresponde a un diseño descriptivo de corte transversal. El análisis de los resultados se hizo a partir de las medidas de tendencia central utilizando el software SPSS versión 12.0.

El universo estuvo constituido por 1.081 usuarios inscritos en el Programa Cardiovascular de un Centro de Salud Familiar [CESFAM] de la Región Metropolitana [RM], ingresados hasta el mes de abril de 2006, de ellos, 278 personas estaban recibiendo tratamiento para la depresión equivalentes al 25,7% de la población beneficiaria del Programa Cardiovascular.

La muestra estuvo constituida por 484 usuarios de ambos sexos y mayores de 18 años. Los criterios de exclusión fueron: mujeres embarazadas o púerperas con hijos menores de 6 meses, cursar una patología psiquiátrica o neurológica descompensada o invalidante, estar hospitalizados o haber sufrido pérdidas afectivas en un tiempo menor a 6 meses al momento de aplicar el instrumento.

El Instrumento fue aplicado por encuestadores capacitados para esos fines. Previo a la aplicación del instrumento, cada uno de los participantes o en su defecto, a su representante legal, se les solicitó que firmara un Consentimiento Informado. En este formulario se daba a conocer el objetivo de la investigación, el tipo de colaboración que se esperaba de ellos, las condiciones de anonimato, confidencialidad y el carácter voluntario de su participación. También se indicaba el correo electrónico y teléfono de contacto de las investigadoras responsables con el objeto que se pudiera dirigir cualquier co-

mentario o duda sobre la investigación. Por otro lado, se explicitaba que si es el resultado del test era sugerente de depresión, el centro de salud se haría cargo del diagnóstico y tratamiento del cuadro.

El instrumento de evaluación estuvo formado a su vez por tres instrumentos, el primero sobre antecedentes sociodemográficos, el segundo por la Escala de Factores de Riesgo propuesta por el MINSAL en la Guía Clínica La Depresión (MINSAL, 2001) y el tercero por el IDB.

El IDB fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítemes para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Useros en el año 1975.

En 1979 Beck, Rush, Shaw y Emery dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Sanz y Vázquez (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, el Beck Depression Inventory-II o BDI-II, del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano. Existen también dos versiones abreviadas de 13 y de 7 ítemes, de menor difusión, y no validadas en nuestro medio.

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítemes, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

El rango de la puntuación obtenida es de 0 a 63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico (Kendall, Hollon, Beck, Hammen & Ingram, 1987). Los puntos de corte usualmente aceptados (Beck, Steer, Garbin, 1988) para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

## RESULTADOS

La muestra estuvo formada por 484 usuarios, de los cuales 196 obtuvieron menos de 1 punto en la Escala de Factores de Riesgo del MINSAL, equivalente al 40,49% del total, lo que sugiere que no cursaban en ese momento un cuadro depresivo; 41 usuarios obtuvieron más de 1 punto en la misma Escala, pero obtuvieron puntajes menores a 9 puntos en el IDB, equivalente al 8,47% del total y 247 usuarios obtuvieron más de 1 punto en la Escala del MINSAL y más de 9 en el IDB, equivalente al 51% de la muestra.

En este último grupo, el 76,5% fueron mujeres y 23,5% hombres, de ellos el 68,2% tenía un rango de edad entre 55 y 74 años, el 59,1% era casado y el 20,2% viudo. Según el nivel de educación, la muestra se distribuye normalmente con una mayor proporción de personas con educación básica incompleta (31,6%) y media completa (17,4%). Según el tipo de ocupación, el 55,56% realizaba labores de dueña de casa, el 28,2% era trabajador activo y 13,9% jubilado. Según previsión, el 31,6% registra Fondo Nacional de Salud [FONASA] B (Tablas 1, 2, 3 y 4).

La distribución del total de usuarios que tuvieron puntajes sugerentes de depresión según el IDB mostró que el 43,5% presentaba depresión leve, el 27,6% depresión moderada y el 11,8% depresión severa. Todos los usuarios fueron derivados a sus médicos tratantes para el inicio de un plan terapéutico (Tabla 5).

El grupo con puntaje sugerente de depresión leve estuvo constituido en un 72% por mujeres y 28% de hombres, concentrándose el 58,9% entre los 60 y 74 años de edad; según estado civil, el 57,9% era casado, el 16,8% viudo, 9,3% separado, el 8,4% soltero y el 7,5% convivía. Según nivel de escolaridad el 31,8% tenía escolaridad básica incompleta, 23,4% educación media incompleta, 16,8% educación básica completa y media completa respectivamente y 11,2% tenía estudios superiores, Según el tipo de ocupación que realizaban, 51,9% dueña de casa, 29,2% trabajador activo, 17,9% jubilado y 0,9% cesante. Según el tipo de previsión, el 36,4% tenía FONASA B y el resto se distribuía en porcentajes cercanos al 17% en los otros segmentos del mismo régimen previsional.

El grupo con puntaje sugerente de depresión moderada estuvo constituido en un 87,7% por mujeres y 12,3% hombres y concentrándose el 57,9% entre los 55 y 69 años de edad; según estado civil, el 66,2% era casado, el 16,2% viudo, 7,4% soltero, 5,9% separado y el 4,46% convivía. Según nivel de escolaridad el 27,9% tenía escolaridad básica incompleta, 22,1% educación media incompleta, 17,6% educación media completa, 16,2% educación básica completa, 7,4% tenía estudios superiores y un 8,8% era analfabeto. Según el tipo de ocupación que realizaban, 65,7% dueña de casa, 28,4% trabajador activo y 3% jubilado y cesante respectivamente Según el tipo de previsión, un 27,9% tenía FONASA D, un 25% FONASA B y un 19,1% no tenía previsión.

El grupo con puntaje sugerente de depresión severa estuvo constituido en un 72,4% por mujeres y 27,6% hombres concentrándose el 55,1 entre los 55 y 69 años de edad según estado civil, el 51,7% era casado, el 31% viudo, 10,3% separado, 3,4% era soltero y el 3,4% convivía Según nivel de escolaridad el 55,2% tenía escolaridad básica incompleta, 13,8% educación básica completa, 10,3% educación media completa y media incompleta

**Tabla 1:** *Distribución de la muestra según sexo*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	femenino	189	76,5	76,5
	masculino	58	23,5	100,0
Total		247	100,0	

**Tabla 2:** *Distribución de la muestra según edad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	20-39	6	2,4	2,4
	40-59	71	28,7	31,1
	60-79	155	62,8	93,9
	80-94	13	5,3	99,2
	Total	245	99,2	
Perdidos		2	,8	
	Total	247	100,0	100,0

**Tabla 3:** *Distribución de la muestra según estado civil*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	soltero	18	7,3	7,3
	casado	146	59,1	66,4
	viudo	50	20,2	86,6
	separado	19	7,7	94,3
	conviviente	14	5,7	100,0
	Total	247	100,0	

**Tabla 4:** *Distribución de la muestra según previsión*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Fonasa a	39	15,8	15,9
	Fonasa b	78	31,6	47,8
	Fonasa c	22	8,9	56,7
	Fonasa d	40	16,2	73,1
	Isapre	1	,4	73,5
	Sin previsión	27	10,9	84,5
	Fonasa n/s letra	36	14,6	99,2
	Otro	2	,8	100,0
	Total	245	99,2	
Perdidos		2	,8	
Total	247	100,0		

respectivamente, 6,8% tenía estudios superiores y un 3,4% era analfabeto. Según el tipo de ocupación que realizaban, 51,7% dueña de casa, 20% jubilado, 17,2% trabajador activo y 10,3% cesante.

Según el tipo de previsión, un 31% tenía FONASA B, un 20,7% FONASA A y un 13,8% no tenía previsión.

**Tabla 5:** Distribución de la muestra según IDB y sexo

	Puntaje IDB		
	Leve	Moderada	Severa
Mujeres	72%	87,7%	72,4%
Hombres	28%	12,3%	27,6%

## DISCUSIÓN

En Chile, por su prevalencia, la depresión mayor y la hipertensión arterial se constituyen como dos problemas de salud pública relevantes. La prevalencia de depresión mayor en la población hipertensa de nuestro estudio fue de 51% lo que concuerda con las cifras encontradas por otros investigadores (Nuyen et al., 2005; Purebl, Birkás, Csoboth, Szumska & Kopp, 2006). Sin embargo, esta prevalencia es mayor a la que se presenta en población general en nuestro país en más de 40 puntos porcentuales (MINSAL, 2001). Por otro lado, los datos muestran que en el grupo estudiado la prevalencia de depresión es mayor en mujeres que en hombres, lo que se ajusta a la realidad nacional (MINSAL, 2001), sin embargo esta relación se modifica de 2:1 a 3:1 mujeres/hombres. Además se puede comprobar que si bien la prevalencia de hipertensión en nuestro país es mayor en hombres, la depresión mayor afecta mayoritariamente a las mujeres de este grupo con índices de severidad por sobre el 70% en todas las categorías.

Si se consideran estos dos indicadores y se analizan a la luz de la evidencia disponible que muestra que la asociación de ambas enfermedades está ligada a un

mayor desarrollo de enfermedades cardiovasculares, este se constituye como un grupo de riesgo importante en el momento de planificar intervenciones de promoción y preventivas y sobre todo con el fin de realizar un diagnóstico precoz. Es así que se sugiere que una persona que evoluciona con un síndrome depresivo después de los 40 años de edad sea evaluada para estimar su riesgo de enfermedad coronaria junto con la instauración de un plan de tratamiento precoz de su depresión y la pesquisa de otros factores de riesgo cardiovascular (Araya et al., 2002; Nuyen et al., 2005).

Las enfermeras debieran sospechar un trastorno depresivo cuando una persona presenta síntomas físicos poco específicos y relata que por más de dos semanas ha estado excesivamente decaída, triste y desganada y sin interés por las cosas que antes le atraían.

Una forma adecuada de detección de depresión mayor es incluir en la atención habitual de adultos, la Escala de Factores de Riesgo para la pesquisa de depresión propuesta por el Ministerio de Salud en su Guía Clínica (MINSAL, 2001) y que considera responder a tres preguntas de carácter dicotómico para detectar disminución del ánimo y anhedonia, ambas condiciones necesarias para el diagnóstico de depresión.

En el presente estudio, esta Escala tuvo solo un 8,47% de falsos positivos. Del total de usuarios que tuvieron puntajes sugerentes de depresión en el IDB, el 100% obtuvo más de un punto en la Escala de Factores de Riesgo del MINSAL, lo que indica que este instrumento, de fácil aplicación, es altamente sensible para detectar a las personas que requieren de una derivación a un especialista del área de la salud mental para la entrevista diagnóstica y el inicio del plan terapéutico.

En síntesis, la alta prevalencia de depresión mayor en población hipertensa obliga a los profesionales de salud, y en especial a las enfermeras a cargo del control preventivo de salud en este grupo y

del control de usuarios con patologías crónicas a estar atentas a las manifestaciones clínicas que sugieran la presencia de este cuadro. El uso de la Escala de Factores de Riesgo se constituye como un instrumento de pesquisa de fácil aplicación y que requiere para ello la inversión de pocos recursos tanto en materiales como en tiempo, por lo que puede ser fácilmente incluida en la valoración de enfermería. Con esto se puede iniciar el proceso de derivación precoz, con la eficiencia adecuada que requiere el cuidado de los pacientes por parte de enfermería. El diagnóstico precoz y la instauración de un plan terapéutico de abordaje repercutirán directamente en la calidad de vida de los usuarios, en el riesgo de complicaciones cardiovasculares y en los costos en salud de la atención primaria.

De esta manera la enfermera puede contribuir a equilibrar las demandas de salud de la población beneficiaria lo que repercutirá en aumento de la satisfacción de los usuarios y mejoría en la capacidad resolutoria de los centros que a su vez, permita desarrollar un mayor número de acciones de promoción y prevención, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud, sin que se produzca deterioro en la solución oportuna y eficiente de la demanda por las enfermedades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackermann, M., Rosenman, S., Downs, A., Holmes, B., Katz, J., Li, A., et al. (2005). Telephonic case-finding of major depression in a Medicaid chronic disease management program for diabetes and heart failure. *General Hospital Psychiatry, 27*(5), 338-343 R. Recuperado el 2 de diciembre, 2005, de la base de datos Pubmed.
- Appels, A. (2000). The nature of the depressive symptomatology preceding myocardial infarction. *Journal of Behavioral Medicine, 26*(2), 86-9. Recuperado el 11 de agosto, 2004, de la base de datos Proquest.
- Araya, M., Madariaga, C., Ureta, C., Tomé, M., & Bustos, C. (2002). La depresión mayor como un nuevo factor de riesgo en la cardiopatía coronaria en Chile. *Revista Médica de Chile, 130*(11), 1249-1256. Recuperado el 11 de agosto, 2004, de la base de datos Scielo.
- Beck, A., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive theory of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Broadley, A. J., Frenneaux, M. P., Moskvina, V., Jones, C. J., & Korszun, A. (2005). Baroreflex sensitivity is reduced in depression. *Psychosomatic Medicine, 67*(4), 648-651. Recuperado el 12 de marzo, 2007, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.puc.cl/entrez/query.fcgi?db=PubMed&term=Psychosom+Med>[Journal]
- Chile, Ministerio de Salud. (2001). *Guía Clínica para la Atención Primaria. La depresión, detección, diagnóstico y tratamiento*. Santiago, Chile: autor.
- Chile, Ministerio de Salud. (2002). *Modelo de Atención Primaria en Salud*. Santiago, Chile: autor.
- Chile, Ministerio de Salud. (2005). *Guía clínica de hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años o más*. Santiago, Chile: autor.
- Creed, P. A., Machin, M. A., & Hicks, R. E. (1999). Improving mental health status and coping abilities for long-term unemployed youth using cognitive behaviour therapy based training interventions. *Journal of Organizational Behaviour, 20*, 963-78.
- Conde, C., & Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista Psiquiátrica y de Psicología Médica, 12*, 217-36.
- Freasure-Smith, N., & Lesperance, F. (2000). Social support depression and mortality during the first year after myocardial



- infarction. *Circulation*, 16(1), 1919-1925. Recuperado el 11 de agosto, 2004, de la base de datos Proquest.
- Freasure-Smith, N., & Lesperance, F. (2003). Depression, a cardiac risk factor in search of a treatment. *The Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3171-3173. Recuperado el 11 de agosto, 2004, de la base de datos Proquest.
- Grewen, M. (2004). Depressive symptoms are related to higher ambulatory blood pressure in people with a family history of hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 66, 9-16.
- Guck, T., Kavan, M., Elsasser, G., & Barone, J. (2001). Assessment and treatment of depression following myocardial infarction. *American Family Physician*, 64(4), 641-649. Recuperado el 5 septiembre, 2004, de la base de datos Proquest.
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. I., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding the use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy Research*, 11, 289-99.
- Lasa, L., Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Díez-Manrique, F. J., & Dowrick, C. F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57(1-3), 261-265.
- Lesperance, F., Freasure-Smith, N., Theroux, P., Irwin, M. (2004). The association between major depression and levels of soluble intercellular adhesion molecule 1, interleukin-6, and C - reactive protein in patients with recent acute coronary syndromes. *The American Journal of Psychiatry*, 161(2), 271-277. Recuperado el 11 de agosto, 2004, de la base de datos Proquest.
- Messer, S. (2003). The controversy over empirically supported treatments. *The National Psychologist*, September/October, 12-13.
- Minoletti, A., & López, C. (1999). *Las enfermedades mentales en Chile: magnitud y consecuencias*. Unidad de Salud Mental. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Minoletti, A., & López, C. (2000). *Plan nacional de salud mental y psiquiatría*. Unidad de Salud Mental. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- Nuyen, J., Volkens, A. C., Verhaak, P. F., Schellevis, F. G., Groenewegen, P. P., & Van den Bos, G. A. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychology Medicine*, 35(8), 1185-95. Recuperado el 2 de diciembre, 2005, de la base de datos Pubmed.
- Pontificia Universidad Católica-Ministerio de Salud (2004). *Encuesta Nacional de Salud 2003*. Recuperado el 18 de octubre, 2006, de <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS.htm>
- Purebl, G., Birkás, E., Csoboth, C., Szumska, I., & Kopp, M. (2006). The relationship of biological and psychological risk factors of cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine*, 31(4), 133.
- Remick, R. (2002) Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *Canadian Medical Association Journal*, 167(11), 1253-1257. Recuperado el 27 de agosto, 2004, de la base de datos Proquest.
- Rojas, P., Montero, J., & Moore, P. (s. f.) *Hipertensión Arterial*. Recuperado el 2 de diciembre, 2005, de la base de datos Pubmed.
- Sanz, J., & Vásquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario de Depresión de Beek. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sayers, S. (2004). Depression and Heart Disease. *Psychiatric Annals*, 34(4), 282-289. Recuperado el 27 de agosto, 2004, de la base de datos Proquest.
- Schuitemaker, G. E., Dinant, G. J., Van Der Pol, G. A., Verhelst, A. M., & Appels, A. (2004). Vital exhaustion as a risk indicator for first stroke. *Psychosomatics*, 45(2), 114-119. Recuperado el 23 de noviembre, 2006, de la base de datos Proquest.
- Thornto, A. (2001). Depresión in post acute myocardial infarction patients. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 13(8), 364-368. Recuperado el 23 de noviembre, 2006, de la base de datos Proquest.