

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS SOCIO
DEMOGRÁFICAS EN LOS VENDEDORES INFORMALES DE UNA ZONA
DEL SECTOR CENTRO – NORTE DE QUITO**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO/A
CIRUJANO/A**

ANDRÉS ALEJANDRO ROSERO FLORES

ELSA ELIZABETH VALAREZO GUTIÉRREZ

DIRECTOR: DR. FRANCISCO CORNEJO

QUITO 2011

TÍTULO DE LA DISERTACIÓN

***“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS SOCIO
DEMOGRÁFICAS EN LOS VENDEDORES INFORMALES DE UNA ZONA DEL
SECTOR CENTRO - NORTE DE DE QUITO”***

AGRADECIMIENTOS

A nuestra familia y amigos, que nos han acompañado día a día en el camino de tratar de ser una mejor persona.

Andrés Rosero F.

Elsa Valarezo G.

CONTENIDOS

CAPÍTULO 1 Introducción	1
CAPÍTULO 2 Marco teórico	3
2.1 Depresión	3
2.1.1 Generalidades	3
2.1.2 Epidemiología	3
2.1.3 Fisiopatología	5
2.1.4 Manifestaciones Clínicas	10
2.1.5 Diagnóstico y clasificación	11
2.1.6 Pronóstico	13
2.2 Subempleo y Trabajo Informal	14
2.3 Depresión en el Subempleo y en el Trabajo Informal	16
CAPÍTULO 3 Métodos	20
CAPÍTULO 4 Resultados	26
CAPÍTULO 5 Discusión	41
5.1 Discusión	41
5.1.1 Limitaciones	47
5.1.2 Fortalezas	51

5.2 Conclusiones	53
5.3 Aplicaciones	55
5.4 Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÉNDICES	64
Apéndice 1. Escala de depresión de Zung traducida al español y validada por Conde y cols.	64
Apéndice 2. criterios del DSM-IV-TR de diagnóstico y clasificación de los trastornos depresivos	65
2.1 criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor	65
2.2 criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio único	66
2.3 criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante	67
2.4 criterios para las especificaciones de gravedad / psicosis / remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)	68
2.5 criterios para la especificación de síntomas melancólicos	69
2.6 criterios para la especificación de síntomas atípicos	70
2.7 criterios para la especificación de síntomas catatónicos	71
2.8 criterios para la especificación de cronicidad	71
2.9 criterios para especificaciones de evolución	72
2.10 criterios para la especificación de patrón estacional	72
Apéndice 3. encuesta de variables socio demográficas	73
Apéndice 4. consentimiento informado	74

LISTA DE CUADROS

Tabla No. 1. Criterios de inclusión del estudio	21
Tabla No. 2. Variables del estudio	22
Tabla No. 3. Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y sexo de los participantes	29
Tabla No. 4. Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y presencia de pareja estable en los participantes	30
Tabla No. 5. Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y presencia de apoyo familiar en los participantes	31
Tabla No. 6. Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y presencia de comorbilidades en los participantes	32
Tabla No. 7. Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y el número de cargas económicas de los participantes	34
Tabla No. 8. Estadísticos descriptivos y distribución de normalidad en las variables cuantitativas continuas de la investigación	35
Tabla No. 9. Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y edad de los participantes	36
Tabla No. 10. Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y años de instrucción de los participantes	37
Tabla No. 11. Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y horas de trabajo al día de los participantes	38
Tabla No. 12. Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y tiempo sin un empleo estable de los participantes	39
Tabla No. 13. Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y puntaje corregido de la escala de depresión de Zung en los participantes	40

RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, la severidad de esta enfermedad en esta población y las diferencias sociodemográficas entre los sujetos de estudio que presentaron depresión y los que no, en el mes de julio del 2011. Se realizaron entrevistas para ver si los participantes satisfacían los criterios de episodio depresivo mayor del DSM-IV-TR, se utilizó la escala autoaplicada de depresión de Zung para cuantificar la severidad de la enfermedad, y una encuesta creada por nosotros para establecer diferencias sociodemográficas entre los vendedores informales deprimidos y no deprimidos. Para el análisis de datos determinamos la prevalencia y severidad de la enfermedad, y comparamos las características sociodemográficas de los sujetos utilizando las pruebas de Chi cuadrado, la de T de Student y la de U de Mann-Whitney según corresponda. Demostramos que la prevalencia de depresión es del 24.90%; y que de acuerdo a la escala de Zung, en los pacientes deprimidos según el DSM-IV-TR, el 32.35% presentaron depresión leve y el 19.11% depresión moderada o severa. Las principales conclusiones de nuestro trabajo fueron que la prevalencia de depresión es más alta en el grupo de estudio que en la población general; que la mayoría de casos de la patología son leves; y que la enfermedad es más frecuente en los sujetos con menos años de instrucción, sin apoyo familiar y con comorbilidades asociadas.

CAPÍTULO 1.

INTRODUCCIÓN.

La depresión mayor es una de las enfermedades más comunes a nivel mundial. Su prevalencia en la población general oscila entre el 2 al 5% en varones y el 6 al 12% en mujeres (1), y se estima que alrededor de todo el mundo 120 millones de personas padecen esta patología (2).

Los vendedores informales son una parte de la población económicamente activa de un país, considerados como subempleados. Estos constituyen una forma de empleo no regulado, que se desarrolla sin relación de dependencia, donde el trabajador desempeña sus actividades laborales por su cuenta. Este grupo de la población no tiene acceso a un salario fijo, seguridad social ni a otros beneficios legales; ni reporta sus ingresos al estado (3).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), reporta que el número de personas dedicadas a actividades laborales en el sector informal en la ciudad de Quito es alrededor del 34% de la población económicamente activa (4).

Dooley y cols. en su investigación, mencionan que el subempleo es un factor para la aparición de depresión, y que la prevalencia de esta enfermedad es mayor en las personas subempleadas que en la población general (5).

El propósito de este estudio se fundamenta en que de acuerdo a nuestro conocimiento, no existen trabajos en los que se haya investigado la presencia de depresión en los vendedores informales de la ciudad de Quito. La importancia de este proyecto se justifica, ya que como antes mencionamos los vendedores informales representan un gran porcentaje de los trabajadores de nuestra ciudad (4), y se ha demostrado que estos constituyen un grupo vulnerable para padecer la enfermedad en cuestión (5).

CAPÍTULO 2.

MARCO TEÓRICO.

2.1 DEPRESIÓN

2.1.1 Generalidades

La depresión constituye uno de los trastornos del estado de ánimo (6). El DSM-IV-TR clasifica a los trastornos del estado de ánimo en tres grupos: trastornos depresivos, trastornos bipolares y trastornos del estado de ánimo inducidos por la presencia de una enfermedad médica general o por el consumo de una sustancia. Dentro de los trastornos depresivos se halla al trastorno depresivo mayor, al trastorno distímico y a los trastornos depresivos no especificados (7). En nuestro estudio utilizaremos los criterios de episodio depresivo mayor del DSM-IV-TR.

2.1.2 Epidemiología

Hales cita que la prevalencia de depresión mayor en los Estados Unidos es del 2 al 5% en varones y del 6 al 12% en mujeres, siendo el riesgo anual de sufrir un episodio de esta enfermedad de alrededor del 6% y la mortalidad del cuadro del 15% (1). Kaplan y Sadock describen que la edad media de presentación de la depresión es de 40 años, que se presenta con casi el doble de frecuencia en las mujeres con respecto a los hombres, y que es más común en personas divorciadas y separadas que en las casadas. Hablan también de una mayor presencia del cuadro en las áreas urbanas (6), mientras que en el

reporte de una investigación actual, no se encontró diferencias en la prevalencia de la patología entre las áreas urbanas y las rurales (8). Se reporta que alrededor de 120 millones de personas en todo el mundo sufren de depresión, y que la prevalencia de esta enfermedad a lo largo de la vida oscila entre el 10 al 15% (2). También se ha descrito a esta patología como un problema de salud pública, señalando que es la cuarta enfermedad más común en los Estados Unidos, y una con uno de los más altos índices de discapacidad; y que esta afecta a más de 14 millones de ciudadanos de ese país (9).

La depresión es también un problema frecuente en América Latina. Un estudio reciente, realizado con una muestra poblacional de América Latina y el Caribe, reporta que la prevalencia anual de depresión en esta región es de casi el 5% (10), mientras que otro trabajo describe que la prevalencia de depresión en la región es del 0,5 al 5% en varones y del 0.3 al 9% en mujeres (11). Un estudio realizado en México manifiesta que alrededor de 2 millones de personas en ese país, lo que representa casi un 2% de la población, ha sufrido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años (12); un trabajo realizado en Colombia dice que cerca del 10% de esa población presenta un episodio de depresión mayor una vez al año (13); y una investigación reciente llevada a cabo en Caracas, Venezuela, reporta que alrededor del 7% de pacientes que acuden a la consulta de Medicina Interna en los hospitales de ese país presentan síntomas depresivos (14).

2.1.3 Fisiopatología

En la fisiopatología de la depresión, se ha propuesto teorías que implican a factores orgánicos y psicosociales para explicar la aparición de esta enfermedad.

Factores orgánicos

Las determinantes orgánicas de la depresión, se dividen en factores genéticos y factores neurobiológicos.

Factores genéticos

Varios estudios han demostrado la presencia de varios factores genéticos en la aparición de la depresión. Se ha propuesto que una tercera parte del riesgo de desarrollar depresión es heredado, y que las otras dos terceras partes corresponden a factores ambientales (15). También se han descubierto algunas mutaciones que crean una interacción genética – ambiental, que se manifiesta cuando estas mutaciones están presentes en una persona que sufre un evento vital estresante, haciendo que aparezca una mayor prevalencia de depresión en estos sujetos (6). Ejemplos de estas mutaciones son: la del cromosoma 2-locus CREB1, las variantes del gen que codifica para los transportadores de serotonina 5-HTTLPR asociada con depresión crónica (16) y STin2.10 asociada con depresión y déficit cognitivo (17), el polimorfismo (-31T/C y -511C/T) de la región promotora que codifica para interleucina 1-Beta asociado con la presencia de depresión mayor recurrente (18), entre otras. Existen estudios que tratan de descubrir una asociación entre factores genéticos y tendencias suicidas en los pacientes deprimidos (19), y trabajos que

vinculan a regiones del cromosoma 17 relacionadas con los transportadores de serotonina con la respuesta al tratamiento en los sujetos que padecen esta enfermedad (20).

Factores neurobiológicos

Existen muchas alteraciones a nivel biológico que están relacionadas con la depresión, que comprenden desde cambios a nivel molecular hasta otros que se presentan en grandes áreas cerebrales y otros sistemas del organismo.

Anormalidades en los neurotransmisores

La teoría de las aminas biógenas como causa de la depresión ha sido ampliamente estudiada por diversos autores, y ellos proponen que defectos en algunos sistemas neurotransmisores del cerebro para la aparición de esta enfermedad.

Se ha demostrado que una disminución en la serotonina se puede vincular con la depresión, y estos estudios hacen hincapié en la eficacia de los fármacos inhibidores de la recaptación de Serotonina como tratamiento antidepresivo (6). Autores han encontrado que la disminución de L- triptófano en el cuerpo (precursor de la Serotonina) puede ser vinculado con la aparición de síntomas depresivos (20). Así mismo, se ha observado un aumento en la densidad de los receptores 5HT2 a nivel del sistema nervioso, que se asume está producida en respuesta a una disminución del neurotransmisor (15).

Se ha demostrado que los pacientes con depresión presentan una regulación positiva de los receptores B-adrenérgicos en el sistema nervioso central y un aumento en la sensibilidad en los mismos, como respuesta a la falta de noradrenalina en la brecha sináptica (6); se ha comprobado también que cuando se administra fármacos que inhiban la recaptación del neurotransmisor, el fenómeno antes descrito desaparece. Evidencia publicada demuestra una menor concentración de noradrenalina en la orina y el líquido céfalo raquídeo de los pacientes deprimidos (15).

Se han descrito dos teorías que vinculan a la dopamina con la depresión: la primera habla de una disfunción de la vía mesolímbica dopaminérgica, y la segunda propone una hipo actividad del receptor D1 de Dopamina. Se ha demostrado que los fármacos y las enfermedades que disminuyen la cantidad de Dopamina en el cuerpo, como la Reserpina y la Enfermedad de Parkinson, están asociados con la aparición depresión (6).

Se habla también de una disminución de la acetilcolina (ACH), disminución del ácido gamma amino butírico (GABA) y un exceso estimulación del sistema de glutamato-glicina como parte de la fisiopatología de la depresión (6).

Anormalidades en sistemas hormonales

Se ha comprobado que existen alteraciones en varios ejes hormonales en el cuerpo relacionadas con la depresión.

Se ha demostrado que la hipersecreción de cortisol vinculada al estrés crónico (como el que se produce luego de un trauma en la infancia), produce cambios neuronales que llevan a la muerte celular y a la atrofia de ciertas zonas de la corteza cerebral, que se relacionan con la aparición de depresión. Se ha visto que la hipercortisolemia de la depresión está producida por una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Esta condición se ha demostrado ya que en sujetos deprimidos se observan mayores concentraciones de cortisol en orina, sangre y saliva; y estos no muestran una inhibición de la secreción de cortisol frente a la administración de Dexametasona o CRH (6).

Hay autores que demuestran otras alteraciones hormonales en el sujeto deprimido. Se ha visto que entre el 5 al 10% de los pacientes con la enfermedad tienen una disfunción en el eje tiroideo (6); y se ha comprobado también que cierto tipo de deficiencia de la hormona de crecimiento está relacionada con la aparición de síntomas depresivos en adultos, y en estos se observa que el tratamiento de reposición de esta hormona hace que aparezca una mejoría en la depresión del paciente (21).

Alteraciones en las citoquinas

Se ha visto que la respuesta a la depresión está mediada por citoquinas pro inflamatorias como la IL-1, la IL-6 y el TNF; ya que estas citoquinas son capaces de estimular al sistema hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y de deprimir al sistema serotoninérgico (22).

Alteraciones neuroanatómicas

En estudios de neuroimagen se ha revelado que hay muchas áreas anatómicas del cerebro que están alteradas en los pacientes deprimidos. Se propone que las áreas más comprometidas son las subcorticales, periventriculares, los ganglios de la base y el tálamo, y se ha visto que estas son las zonas afectadas por los efectos neurodegenerativos del glutamato y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal en la depresión (6).

Factores psicosociales

La mayoría de autores propone una estrecha relación entre los factores psicosociales y los cambios neurobiológicos para la aparición de depresión. Investigaciones proponen a un evento vital estresante como un suceso que cambia la sensibilidad para padecer depresión de una persona genéticamente predispuesta. Esta teoría dice que el evento vital se produce antes de la aparición de la enfermedad, y que este es el responsable de los cambios en los neurotransmisores, sistemas hormonales y sistemas de señalización neuronal que se presentan en la patología; una vez que estos cambios causan un daño crónico en el paciente, ante la aparición de eventos vitales menores o a veces inclusive sin razón aparente, el sujeto cae en un episodio o trastorno depresivo (6, 20).

Otra teoría que refuerza el rol de los factores psicosociales en la depresión es la del “desamparo aprendido”, propuesta por Martin Seligman en 1975. Esta teoría, basada en experimentación animal, manifiesta que los cambios depresivos en un sujeto particular

tienen su génesis en la pérdida del control del entorno por parte de este individuo, y por consiguiente este se convence de que por más intentos que haga no puede conseguir los cambios en el entorno que desea ni evitar que ocurran sucesos desagradables. Estos hechos condicionan la aparición de una incontrolabilidad futura, es decir el sujeto no espera poder controlar los sucesos que le acontezcan en el futuro, y esto hace que aparezcan déficits a nivel: motivacional (el sujeto no intenta promover cambios en su entorno, ya que piensa que serán ineficaces), cognitivo (a estos sujetos les cuesta aprender que sus esfuerzos pueden tener un efecto controlador sobre la realidad y el futuro) y afectivo (aparición de trastornos depresivos) (23).

2.1.4 Manifestaciones clínicas

Los dos síntomas cardinales de la depresión son el estado de ánimo deprimido y la pérdida del interés y de la capacidad de sentir placer. La primera de estas manifestaciones se define como un estado de ánimo deprimido, durante la mayor parte del día. La segunda puede comprender desde pérdida del interés en las actividades que el sujeto disfrutaba hasta un estado en el que el paciente es incapaz de sentir placer, conocido como anhedonia (6). Aparte de estas dos alteraciones, los pacientes que padecen depresión presentan comúnmente alteraciones en el peso y el apetito, alteraciones del sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga y pérdida de energía, alteraciones en la libido y en la menstruación, sensación inapropiada y excesiva de culpabilidad, disminución de la capacidad para concentrarse e ideación continua acerca de la muerte y el suicidio (6, 7, 20)

2.1.5 Diagnóstico y clasificación

Los especialistas mencionan que el diagnóstico de depresión se debe realizar mediante la entrevista clínica y el seguimiento longitudinal del sujeto en el que se sospecha existe la enfermedad.

Hay muchos instrumentos utilizados para el diagnóstico de depresión; nosotros en este trabajo usamos dos: la escala de de Zung , validada por Conde y colaboradores y los criterios del DSM-IV-TR propuestos por la American Psychiatric Association.

La escala de depresión de Zung es una escala auto aplicada que contiene 20 preguntas, que proporciona información acerca de la severidad de la enfermedad en un sujeto (6). Este instrumento fue creado por Zung y colaboradores en el año de 1965, y fue traducido y validado al español por Conde-López y de Esteban en 1975. Estos últimos autores proponen multiplicar el puntaje total de la escala por una constante de 1.25, para obtener puntajes que oscilen en un rango que va desde 25 hasta 100. Luego de realizar esta conversión, los autores definen cuatro categorías para determinar la severidad de la depresión: puntuaciones entre 25 y 49: ausencia de depresión, entre 50 y 59: depresión leve, entre 60 y 69: depresión moderada, y mayores a 70: presencia grave. La escala de Zung no constituye una prueba diagnóstica para esta enfermedad, sino solamente un instrumento de *screening* para la misma (24).

(ver apéndice 1).

Los criterios del DSM-IV-TR propuestos por la American Psychiatric Association son los más aceptados a nivel mundial para el diagnóstico y la clasificación de los distintos tipos de trastornos depresivos.

En una primera instancia, el DSM-IV-TR menciona los criterios de un episodio depresivo mayor. Luego, hace una diferenciación entre un trastorno depresivo mayor, episodio único y un trastorno depresivo mayor recidivante. Luego, este manual define ciertas especificaciones para clasificar al episodio depresivo más reciente. En primer lugar, clasifica al episodio actual de acuerdo a su gravedad, en leve, moderado y grave (dividiendo a los episodios graves en eventos con o sin síntomas psicóticos, y a los síntomas psicóticos en congruentes o incongruentes con el estado de ánimo); y de acuerdo al estado de remisión del cuadro (que puede ser parcial o total). También se clasifica al episodio depresivo actual en episodio depresivo con síntomas melancólicos o con síntomas atípicos. Los síntomas melancólicos se caracterizan por ser congruentes con el estado de ánimo depresivo; este tipo de episodio depresivo se ha descrito como una depresión endógena, en la que no se ha relacionado eventos estresantes como desencadenantes del cuadro. Los síntomas atípicos se caracterizan principalmente por la presencia de sobrealimentación, hipersomnia e inversión de los síntomas vegetativos; en este tipo de depresión son frecuentes las comorbilidades, y se la asocia comúnmente a la presencia de desencadenantes (por lo que también se la llama depresión reactiva). También se habla en el episodio depresivo actual, de la presencia de síntomas catatónicos, y de criterios de cronicidad. Por último, el DSM-IV-TR clasifica la evolución de los trastornos depresivos recidivantes. Dentro de esta clasificación se

menciona a un patrón estacional de la enfermedad, y a la evolución longitudinal del cuadro (que observa principalmente la mejoría inter episódica del enfermo). También se habla la depresión de inicio en el post parto (aquella que se presenta hasta 4 semanas luego de este evento).

(6, 7, 20).

(ver apéndice 2).

2.1.6 Pronóstico

Existen varios aspectos que marcan el pronóstico de la depresión en un paciente determinado. Se sabe que un episodio depresivo sin tratamiento dura entre 6 a 13 meses, mientras que bajo tratamiento dura 3 meses en promedio (6).

Se ha comprobado que las personas que sufren de un episodio depresivo tienen un alto riesgo de volver a padecerlo de nuevo a lo largo de su vida, calculado en alrededor del 60% a los 20 años del primer evento de la enfermedad (20). Se ha visto que hasta las dos terceras partes de los sujetos que tienen depresión han contemplado por lo menos una vez el suicidio, y que entre el 10 al 15% de los enfermos llegan a cometerlo (6). También se manifiesta que la tasa de suicidio en los pacientes con depresión es unas veinte veces más alta que en la población general (20).

2.2 SUBEMPLEO Y TRABAJO INFORMAL

El trabajo que realizamos se basa en demostrar que la prevalencia de depresión en un grupo de vendedores informales de un sector de la ciudad de Quito es más alta que en la población general. Los vendedores informales son catalogados según la Organización Internacional del trabajo como personas subempleadas.

El subempleo se define como la situación en donde un trabajador está ocupado pero no de acuerdo a su capacidad, a su nivel de habilidades o preparación académica, o de acuerdo a su experiencia. Este concepto también comprende a trabajadores que sienten que sus empleos no son adecuados en cuanto a sus deseos de compensación, horas de trabajo diarias y condiciones en las que esta persona desempeña sus actividades laborales (25).

Según el INEC, subempleados son las personas que han trabajado o han tenido un empleo durante el periodo de referencia considerado, pero que estaban dispuestas y disponibles para modificar su situación laboral, para de esta manera poder aumentar la duración o la productividad de su trabajo (26). La Organización Internacional del Trabajo amplía este concepto, y define al término como empleo inadecuado en relación a normas específicas, o empleos alternativos (tales como vendedores informales de las calles, empleos ocasionales en el sector de la construcción o trabajos periódicos realizados en diversos campos) (27).

Publicaciones recientes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de nuestro país (INEC), reportan una alta tasa de subempleo en el Ecuador, que para el mes de junio del presente año alcanzó a más del 46% de la población económicamente activa de nuestro país (28).

Nosotros escogimos a los vendedores informales como sujetos de estudio de nuestra investigación, ya que estos constituyen la forma más notoria de subempleo en nuestro país. El INEC en sus últimas publicaciones ha reportado que un gran porcentaje de sujetos de la población económicamente activa del Ecuador se dedican a actividades laborales en el sector informal. En estos trabajos se demuestra que para marzo del 2011, alrededor del 34% de la población económicamente activa de la ciudad de Quito se dedicaba a trabajar bajo este tipo de modalidad (4).

El trabajo informal se define como un empleo no regulado, que se desarrolla sin relación de dependencia, donde el trabajador desempeña sus actividades laborales por su cuenta. Este grupo de la población no tiene acceso a un salario fijo, seguridad social ni a otros beneficios legales; ni reporta sus ingresos al estado. Dentro de esta categoría existen muchos tipos de trabajo, que comprenden desde vendedores informales hasta empleados de pequeñas tiendas en la calle. El porcentaje de trabajadores informales en América Latina es alto. Un estudio de la World Health Organization (WHO), reporta que un 60% del total de trabajadores colombianos, un 52% de los peruanos, un 59% de los

bolivianos, un 44% de los brasileros y un 50% de los ecuatorianos pertenece al empleo informal (3).

El banco monetario internacional define al trabajo informal como parte de la “economía oculta”, que son trabajadores que realizan una serie de actividades lícitas e ilícitas, y que no declaran los ingresos de sus actividades económicas (29).

2.3 DEPRESIÓN EN EL SUBEMPLEO Y EN EL TRABAJO INFORMAL

Muchos investigadores mencionan a la falta de un empleo estable y adecuado como un factor de riesgo para la aparición de trastornos depresivos. El estudio que realizamos se desarrolló en un grupo de vendedores informales de la ciudad de Quito, y como antes mencionamos, estas personas se han catalogado como trabajadores que pertenecen al grupo de la población económicamente activa definido como subempleado.

Kaplan y Sadock hablan que la prevalencia de depresión es más alta en las personas desempleadas, y afirman que la falta de un empleo estable o el ser despedido son factores de riesgo para la aparición de depresión (6).

En varias investigaciones, se ha comprobado la relación directa que existe entre el desempleo y la depresión, autores han demostrado que la prevalencia de depresión es mayor en la población desempleada que en la población normal, que el hecho de cambiar bruscamente de ser una persona con un empleo estable a ser un desempleado es

un claro factor de riesgo para la aparición de trastornos depresivos, y que las personas que padecen depresión tienen una menor capacidad de conseguir un empleo estable o de mantenerlo (5, 30).

En nuestro conocimiento, no existen publicaciones realizadas en nuestro país en las que se haya realizado estudios acerca de la prevalencia de depresión en las personas subempleadas o en aquellos sujetos que desempeñan sus actividades laborales en el sector informal.

Trabajos reportan que el tener un empleo inadecuado, como el subempleo, es un factor de riesgo para padecer depresión. Se ha demostrado en estas investigaciones que el pasar de tener un empleo percibido como óptimo por el sujeto a un tener un empleo inadecuado, como el subempleo, constituye un factor de riesgo para presentar episodios depresivos (31).

Otras publicaciones mencionan que el cambiar a un trabajo percibido como inadecuado por el sujeto, como el subempleo, se relaciona con menores niveles de autoestima (definida como autoestima perjudicial) en las personas que sufren este evento vital, y con el aumento de la prevalencia de abuso de alcohol en esta población (5, 32).

Estos autores comprueban también que existe una prevalencia más alta de depresión en las personas que han pasado de tener un empleo estable a estar subempleadas (31).

Se ha comprobado que existen algunas variables socio demográficas que están presentes en la relación entre el subempleo y la depresión. Estas variables son: la edad de la

persona, su estado civil, el número de años de instrucción del sujeto, su género, el número de cargas económicas que dependen de él y el tiempo que esta persona ha estado sin un empleo estable (5). Esta investigación demostró que la depresión en las personas subempleadas es más frecuente entre las mujeres, en sujetos con mayor número de años de instrucción, en los que tienen un mayor número de personas bajo su dependencia económica, en personas jóvenes y en personas que no tienen una pareja estable. El trabajo también estudió la percepción de apoyo familiar y social del sujeto subempleado deprimido, ya que demuestra que existe un rol entre el apoyo social, el estrés del subempleo y la presencia de depresión (5).

Dooley y cols. realizaron un screening de depresión en dos tiempos: en un primer momento las personas tenían un trabajo estable, y luego algunos de ellos pasaron a estar subempleados. Este trabajo demostró, que la prevalencia de síntomas depresivos fue mayor en aquellos sujetos que se encontraron subempleados en la segunda entrevista, y que aquellos sujetos que mostraron síntomas depresivos en la primera entrevista tuvieron un mayor índice de subempleo en la segunda (5).

Hay trabajos que reportan la prevalencia de depresión en la población subempleada. Una encuesta informal realizada por un periódico en los Estados Unidos muestra que el 21% de los sujetos subempleados han consultado por lo menos una vez a un facultativo por la presencia de síntomas depresivos (33). Otro trabajo comparó las prevalencias de depresión entre las distintas categorías de trabajo que puede tener una persona, llegando

a la encontrar que la prevalencia de depresión en los sujetos que tienen un empleo adecuado es del 15%, en las personas subempleadas del 23% y en los sujetos desempleados del 33% (5). Este estudio demostró así mismo que el estar desempleado tiene el mismo efecto sobre la prevalencia de depresión en un sujeto determinado que pasar de estar desempleado a subempleado.

CAPÍTULO 3.

MÉTODOS.

Los objetivos de nuestro proyecto de investigación fueron:

1. Determinar la prevalencia de depresión en los vendedores informales de una zona del sector centro norte de Quito.
2. Cuantificar la severidad de la enfermedad en los vendedores informales deprimidos según los criterios de la escala de depresión de Zung traducida y validada por Conde y colaboradores.
3. Establecer diferencias en las características socio demográficas entre los vendedores informales que presentaron depresión y los que no.

Nuestra hipótesis de trabajo fue:

1. El comportamiento de la variable depresión en nuestra población de estudio es similar al encontrado en el trabajo de Dooley y colaboradores, en el que se reporta una mayor prevalencia de depresión en las personas subempleadas que en la población general, y ciertas características socio demográficas en estos sujetos que los hacen más vulnerables a padecer esta patología.

Para cumplir los objetivos y demostrar las hipótesis de nuestro trabajo, realizamos una entrevista personalizada a cada uno de los participantes, para ver si estos satisfacían los criterios de episodio depresivo mayor del DSM-IV-TR, las mismas que se aplicaron

mediante preguntas estandarizadas entre los dos investigadores. También utilizamos la escala autoaplicada de depresión de Zung, la cual permite realizar un *screening* general de esta enfermedad (y no constituye una herramienta diagnóstica), para cuantificar la severidad de la patología; y una encuesta creada por nosotros los investigadores que contiene algunas variables socio demográficas que están presentes en la relación de depresión en la población sin un empleo estable (como los vendedores informales subempleados).

Luego de que establecimos las hipótesis y objetivos de nuestro trabajo, delimitamos los siguientes criterios de inclusión y variables para nuestro estudio, de acuerdo a los criterios citados en la literatura internacional (34, 35):

Tabla No. 1.

Criterios de inclusión del estudio.

Criterio	Definición
Firma del consentimiento informado	Que el sujeto acepte ser parte del estudio, conociendo las condiciones de su participación en el mismo, y lo confirme mediante su firma en la hoja de consentimiento informado.
Que el sujeto sea un vendedor informal	Persona que trabaja en la calle vendiendo artículos, sea caminando de un sitio a otro, o en un puesto fijo en la vía pública.
Edad	Que los sujetos de estudio tengan edades comprendidas entre 18 y 65 años.
Lugar de trabajo	Que el sujeto trabaje en el centro – norte de Quito, en el área comprendida ente: - Sur: Avenida Patria. - Oeste: Avenidas 6 de Diciembre y EloyAlfaro - Norte: Avenida Río Coca - Este: Avenida 10 de Agosto

Tabla No.2**VARIABLES DEL ESTUDIO.**

Variable	Tipo	Definición	Medida
Depresión	Cualitativa Dicotómica Nominal	Sujeto que cumple con los criterios de episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR	Proporción
Cuantificación de depresión	Cuantitativa Discreta Ordinal	Cuantificación de depresión en el sujeto de estudio según la escala de depresión de Zung validada por Conde y cols. en: - ausencia de depresión: 20-49 puntos - depresión leve: 50-59 puntos - depresión moderada: 60-69 puntos - depresión severa: más de 70 puntos	Proporción
Edad	Cuantitativa Continua	Años cumplidos del sujeto de investigación.	Media, mediana, varianza, desviación estándar, rango, asimetría, curtosis
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Es el conjunto de características biológicas, anatómicas y fisiológicas, que distinguen a los seres humanos en dos géneros: femenino y masculino	Proporción
Posee pareja estable	Cualitativa Nominal Dicotómica	Unión libre y voluntaria, ya sea con una persona de diferente sexo o no, monogámica, que se establece cuando la pareja ha convivido maritalmente por un tiempo ininterrumpido de por lo menos 1 año, salvo que tuvieran descendencia común, en cuyo caso basta la mera convivencia, o salvo que hayan expresado su voluntad de constituir una pareja estable en un documento público.	Proporción
Años de instrucción	Cuantitativa Continua	Años de escolaridad formal aprobados por el individuo al momento de la entrevista	Media, mediana, varianza, desviación estándar, rango, asimetría, curtosis
Tiempo sin empleo estable	Cuantitativa Continua	Tiempo transcurrido desde que el sujeto no ha trabajado en relación de dependencia desde que forma parte de la Población económicamente activa según la Organización Internacional del Trabajo (14-64 años)	Media, mediana, varianza, desviación estándar, rango, asimetría, curtosis

Horas de trabajo al día	Cuantitativa Continua	Tiempo que una persona dedica para realizar su actividad laboral en el día	Media, mediana, varianza, desviación estándar, rango, asimetría, curtosis
Número de cargas económicas	Cuantitativa Discreta	Número de personas que dependen económicamente del sujeto en estudio.	Proporción
Nivel de apoyo familiar	Cualitativa Nominal	Percepción del sujeto acerca del soporte que su familia le brinda para desenvolverse en su vida diaria.	Proporción
Presencia de comorbilidades	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presencia de enfermedades en el sujeto de estudio al momento de la entrevista, determinado con la pregunta ¿Toma usted al momento alguna medicina prescrita por un facultativo?	Proporción

Para calcular el tamaño de la muestra del estudio, tomamos en cuenta los siguientes criterios. Establecimos como población de estudio a todos los vendedores informales del sector de la ciudad antes mencionado, adultos, entre dieciocho y sesenta y cinco años de edad, sin distinción de sexo; y como unidad de estudio a 273 sujetos tomados del universo, que cumplan los criterios de inclusión del trabajo. Obtuvimos la muestra mediante un método de muestreo sin datos de probabilidad, por conveniencia, ya que no disponíamos de un encuadre de muestreo previo (35).

El tamaño de la muestra se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$N = \frac{(T)^2 \times [P(1 - P)]}{(e)^2}$$

En donde:

N: tamaño de la muestra

T: indicador del intervalo de confianza, que equivale a 1,96 para el 95%

P: proporción estimada de riesgo de padecer depresión en las personas sin un empleo estable, del 23%, de acuerdo al trabajo de Dooley y colaboradores.

E: error esperado, calculado en 5%, que equivale a 0,05.

(35)

$$N = \frac{(1,96 \times 1,96) \times [0,23 (1 - 0,23)]}{(0,05 \times 0,05)}$$

$$N = 0,68034 / 0,0025 = \mathbf{272,1}$$

Tamaño de la muestra = 273 sujetos.

Para este trabajo utilizamos un modelo de estudio transversal, analítico de la prevalencia de depresión en los sujetos participantes, ya que encontramos que este tipo de planteamiento es el que mejor nos iba a permitir cumplir con todos los objetivos de nuestro trabajo y demostrar las hipótesis de nuestro estudio (34, 35).

Para tomar los datos en los sujetos que cumplan los criterios de inclusión del trabajo, se dividió al estudio en dos etapas: en la primera se preguntó al sujeto si quiere ser parte de la investigación de forma libre y voluntaria, luego de haberle explicado en qué consiste su participación, y se pidió a este que firme el consentimiento informado; y en la

segunda se realizó entrevistas personalizadas con cada uno de los participantes para ver si estos satisfacían los criterios de episodio depresivo del DSM-IV-TR, y se aplicó la escala de depresión de Zung y la encuesta socio demográfica creada por nosotros para este proyecto (*ver apéndices 3 y 4*).

El análisis de los datos también se realizó en dos etapas.

En la primera etapa se estableció la prevalencia de depresión en el grupo de vendedores informales que participaron en el estudio, mediante los criterios del DSM-IV-TR, y se cuantificó la severidad de la enfermedad en estos sujetos, mediante la aplicación de los criterios de la escala de depresión de Zung en: ausencia de depresión, y depresión leve, moderada y severa.

En la segunda etapa se dicotomizó la muestra según los criterios del DSM-IV-TR en sujetos con depresión y sujetos sin depresión, y se comparó a los dos grupos. Cuando se comparó variables cualitativas como: sexo, presencia de pareja estable, presencia de apoyo familiar y presencia de comorbilidades se utilizó la prueba de Chi cuadrado, tomando en cuenta una $p < 0,05$ como valor estadísticamente significativo.

Cuando se comparó a la única variable cuantitativa discreta (número de cargas económicas que dependen del sujeto) con la presencia de depresión, dividimos arbitrariamente a la primera variable en dos categorías: sujetos que tengan hasta 2 cargas económicas, y sujetos con 3 o más cargas económicas bajo su dependencia; y aplicamos

la prueba de Chi cuadrado para comparar la variable con la presencia de depresión, tomando en cuenta una $p < 0,05$ como valor estadísticamente significativo.

Cuando se comparó variables cuantitativas continuas entre los dos grupos como: edad, años de instrucción, tiempo sin un empleo estable y horas de trabajo al día se analizó primero si los datos tenían una distribución normal o no, mediante la determinación de la media, mediana, kurtosis y asimetría de los datos. Cuando estos mostraban una distribución normal se utilizó la prueba de la T de Student para compararlos con la presencia de depresión, y cuando los datos no mostraban este tipo de distribución se empleó la prueba de la U Mann – Whitney, tomando en cuenta una $p < 0,05$ como valor estadísticamente significativo.

(36, 37)

CAPÍTULO 4.

RESULTADOS.

Luego de analizar las variables propuestas en nuestro trabajo, obtuvimos los siguientes resultados.

Se encontró depresión según los criterios de episodio depresivo propuestos por el DSM-IV-TR en 68 de los 273 sujetos de estudio, lo que equivale a un 24.90% de la población; y en 205 sujetos se demostró la ausencia de la patología, lo que corresponde al 75.09% de los participantes.

Se cuantificó la severidad de la depresión según la escala de depresión de Zung, en los sujetos de la población de estudio que presentaron depresión según los criterios del DSM-IV-TR, y se obtuvo los siguientes resultados: 33 de los 68 participantes deprimidos mostraron un puntaje normal según la escala de depresión de Zung, lo que equivale a un 48.52% de pacientes sin depresión según este instrumento; 22 sujetos mostraron depresión leve, lo que equivale al 32.35%; 5 depresión moderada, lo que equivale al 7.35%; y 8 depresión severa, lo que equivale al 11.76%

Luego de realizar los análisis anteriores, se dicotomizó la muestra de acuerdo a los criterios de episodio depresivo del DSM-IV-TR en dos grupos: sujetos deprimidos (N=68, 24.90%) y sujetos no deprimidos (N=205, 75.09%).

Después de haber llevado a cabo este procedimiento, se realizó un análisis univariado entre los sujetos del estudio, divididos en deprimidos o no, y cada una de las variables socio demográficas que planteamos en la encuesta para este trabajo.

En una primera instancia, se identificó a las variables cualitativas, que fueron: sexo, presencia de pareja estable, presencia de apoyo familiar y presencia de comorbilidades; y se construyeron tablas de 2x2 entre cada una de estas variables y la variable presencia de depresión según los criterios del DSM-IV-TR. Luego se realizó la prueba de Chi cuadrado para ver si existía una relación entre cada una de estas variables y la presencia de la enfermedad.

Para la variable sexo, se demostró que la mayoría de los sujetos de investigación fueron mujeres, y que la depresión afectó a alrededor del 25% de las mujeres y al 23% de los hombres participantes. Para comprobar si las variables depresión y sexo estaban relacionadas, utilizamos la prueba de Chi cuadrado, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla No. 3

Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y sexo, en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011, mediante el Chi cuadrado

	Deprimidos (DSM-IV-TR)		No deprimidos (DSM-IV-TR)		TOTAL	
	N=	%	N=	%	N=	%
Sexo Masculino	23	23.71	74	76.28	97	100
Sexo Femenino	45	25.56	131	74.48	176	100
TOTAL	68	24.90	205	75.10	273	100

Chi cuadrado	0.115
Valor Crítico	24.16
Valor de la p	0.734

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

Para la variable presencia de pareja estable, se demostró que la mayoría de sujetos de investigación reportaron tener una pareja estable, y que la depresión afectó a alrededor del 24% de sujetos sin pareja y al 25% de los sujetos con pareja. Para comprobar si las variables depresión y presencia de pareja estable estaban relacionadas, utilizamos la prueba de Chi cuadrado, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla No. 4

Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y presencia de pareja estable, en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011, mediante el Chi cuadrado

	Deprimidos (DSM-IV-TR)		No deprimidos (DSM-IV-TR)		TOTAL	
	N=	%	N=	%	N=	%
Pareja Estable	42	25.30	124	74.69	166	100
Sin Pareja Estable	26	24.29	81	75.70	107	100
TOTAL	68	24.90	205	75.10	273	100

Chi Cuadrado	0.035
Valor Critico	26.65
Valor de la p	0.852

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

Para la variable presencia de apoyo familiar, se demostró que la mayoría de los sujetos de estudio percibían el apoyo de su familia en su vida, y que la depresión afectó a alrededor del 38% de sujetos que reportaron la opción no aplica (la mayoría de veces significaba que no tenían familia, y que no podían definir si se sentían apoyados o no por este grupo social), al 36% de los que manifestaron no sentirse apoyados por su familia y

al 17% de los que perciben el apoyo familiar en su vida. Para comprobar si las variables apoyo familiar y depresión estaban relacionadas, utilizamos la prueba de Chi cuadrado, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla No. 5

Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y presencia de apoyo familiar, en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011, mediante al Chi cuadrado.

	Deprimidos (DSM-IV-TR)		No deprimidos (DSM-IV-TR)		TOTAL	
	N=	%	N=	%	N=	%
Con Apoyo Familiar	31	17.91	142	82.08	173	100
Sin Apoyo Familiar	30	36.58	52	63.41	82	100
No aplica	7	38.88	11	61.11	18	100
TOTAL	68	24.90	205	75.10	273	100

Chi Cuadrado	12.377
Valor Critico	4.48
Valor de la p	0.02

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

Para la variable presencia de comorbilidades, demostramos que la mayoría de los participantes de esta investigación no presentaban esta condición, y que la depresión afectó al 48% de los sujetos de estudio con comorbilidades y al 18% de los participantes sin esta condición. Para comprobar si existía una relación entre las variables comorbilidades y depresión, utilizamos la prueba de Chi cuadrado, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla No. 6

Análisis univariado entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y presencia de comorbilidades, en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011, mediante el Chi cuadrado

	Deprimidos (DSM-IV-TR)		No deprimidos (DSM-IV-TR)		TOTAL	
	N=	%	N=	%	N=	%
Con Comorbilidades	29	48.33	31	51.66	60	100
Sin Comorbilidades	39	18.30	174	81.69	213	100
TOTAL	68	24.90	205	75.10	273	100

Chi Cuadrado	22.561
Valor Crítico	14.95
Valor de la p	0.000

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

En una segunda instancia, se identificó a las variables cuantitativas, que fueron: edad, años de instrucción del sujeto, tiempo sin un empleo estable, horas de trabajo al día, puntaje corregido de la escala de Zung y número de cargas económicas del sujeto.

Se analizó primero a la única variable cuantitativa discreta del estudio, que fue número de cargas económicas que dependen del sujeto, dividiendo arbitrariamente a la variable en dos grupos: personas que tengan hasta 2 cargas económicas, y personas con 3 o más cargas económicas. Se encontró que de los 273 sujetos participantes, la mayoría pertenecía al grupo de hasta 2 cargas económicas bajo su responsabilidad, y que la depresión afectó a cerca del 21% de sujetos encasillados en el grupo de hasta 2 cargas económicas y al 29% de personas con 3 o más cargas bajo su responsabilidad. Para comprobar si las variables número de cargas económicas y presencia de depresión estaban relacionadas, se utilizó la prueba de Chi cuadrado, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla No. 7

Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y el número de cargas económicas, en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011, mediante el Chi cuadrado.

	Deprimidos (DSM-IV-TR)		No deprimidos (DSM-IV-TR)		TOTAL	
	N=	%	N=	%	N=	%
Hasta 2 cargas económicas	34	21.79	122	78.20	156	100
3 o más cargas económicas	34	70.94	83	70.94	117	100
TOTAL	68	24.90	205	75.10	273	100

Chi Cuadrado	1.888
Valor Critico	29.14
Valor de la p	0.170

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

Para las variables cuantitativas continuas, que fueron edad, años de instrucción, tiempo sin empleo estable, horas de trabajo al día y puntaje corregido de la escala de Zung, se determinó primero los estadísticos descriptivos media, mediana, desviación estándar, varianza, mínimo y máximo de cada una de estas variables.

Luego se averiguó si la distribución de datos era normal, mediante el uso de las medidas: media, mediana, kurtosis y asimetría; estableciendo que las variables años de instrucción

y horas de trabajo al día tienen una distribución normal; mientras que las variables edad, tiempo sin empleo estable, y el puntaje corregido de la escala de Zung no.

Tabla No. 8.

Estadísticos descriptivos y distribución de normalidad en las variables cuantitativas continuas de la investigación prevalencia de depresión y características socio demográficas en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011.

	Edad	Años de instrucción	Tiempo sin empleo estable	Horas de trabajo al día	Puntaje corregido de la escala de Zung
Mediana	36.00	9.00	7.00	9.00	33.00
Media	37.78	8.77	8.98	8.73	37.02
Desviación estándar	15.335	3.974	8.425	1.692	11.353
Varianza	235.152	15.796	70.982	2.862	128.897
Mínimo	18	0	1	4	25
Máximo	162	18	42	12	85
Rango	144	18	42	8	60
Curtosis	14.297	-0.705	1.645	0.135	1.785
Asimetría	2.101	-0.109	1.420	-0.173	1.356
Normalidad	NO	SI	NO	SI	NO
Prueba	U de Mann-Whitney	T de Student	U de Mann-Whitney	T de Student	U de Mann-Whitney

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

Para la variable edad, se estableció una media de 37.78 años en los participantes de esa investigación. Para analizar si existía una relación entre las variables edad y depresión en los sujetos de estudio, se utilizó la prueba de la U de Mann-Whitney, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla No. 9

Análisis univariado entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y edad, en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011, mediante la U de Mann-Whitney.

	Deprimidos (DSM-IV-TR)	No deprimidos (DSM-IV-TR)
N= 273	68	205
Rango	152.15	131.98

U de Mann-Whitney	p = 0.068
-------------------	-----------

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

Para la variable años de instrucción del sujeto, se estableció una media de 8.77 años de instrucción completados por los participantes de nuestro estudio. Para comprobar si existía una relación entre las variables años de instrucción y depresión en los participantes de esta investigación, se utilizó la prueba de la T de Student, previamente analizando el test de Levene para comprobar la igualdad entre las varianzas, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla No. 10

Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y años de instrucción en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011, mediante la t de Student

	Deprimidos (DSM-IV-TR)	No deprimidos (DSM-IV-TR)
N= 273	68	205
Medias	7.66	9.14

Test de Levene	p = 0.333
T de Student	p = 0.008

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

Para la variable horas de trabajo al día, se estableció una media de 8.73 horas de trabajo diarias en los vendedores informales que participaron en esta investigación. Para establecer si existió una relación entre las variables horas de trabajo al día y depresión en los sujetos estudiados, se utilizó la prueba de la T de Student, previamente analizando el test de Levene para comprobar la igualdad entre las varianzas, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla No. 11

Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y horas de trabajo al día en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011, mediante la t de Student.

	Deprimidos (DSM-IV-TR)	No deprimidos (DSM-IV-TR)
N= 273	68	205
Medias	8.93	8.68

Test de Levene	p = 0.866
T de Student	p = 0.258

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

Para la variable tiempo sin un empleo estable, se estableció una media de 8.98 años sin un empleo estable en relación de dependencia en los sujetos estudiados. Para analizar si existió una relación entre las variables tiempo sin un empleo estable y depresión en los participantes de esta investigación, se utilizó la prueba de la U de Mann-Whitney, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla No. 12

Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y tiempo sin un empleo estable, en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011, mediante la U de Mann-Whitney.

	Deprimidos (DSM-IV-TR)	No deprimidos (DSM-IV-TR)
N= 273	68	205
Rango	91.38	84.25

U de Mann-Whitney	p = 0.416
-------------------	-----------

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

Para la variable puntaje de la escala de Zung corregido, se estableció una media de 37.02 puntos en este instrumento en los participantes de la investigación. Para comprobar si las variables depresión y puntaje de la escala de Zung corregido estaban relacionadas en los sujetos de este estudio, se utilizó la prueba de la U de Mann-Whitney, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla No. 13.

Análisis univariar entre la prevalencia de depresión según el DSM-IV-TR y puntaje corregido de la escala de depresión de Zung, en los vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito, en el mes de julio del 2011, mediante la U de Mann-Whitney

	Deprimidos (DSM-IV-TR)	No deprimidos (DSM-IV-TR)
N= 273	68	205
Rango	227.21	107.08

U de Mann-Whitney	p = 0.000
-------------------	-----------

Elaborado por Andrés Rosero y Elsa Valarezo

FUENTE: Encuestas y Entrevistas realizadas por los investigadores, julio del 2011.

CAPÍTULO 5.

DISCUSIÓN.

5.1 Discusión

Nosotros realizamos un estudio para evaluar la prevalencia de una patología común, como es la depresión, en un grupo poblacional vulnerable, como son los vendedores informales subempleados de una zona del sector centro norte de la ciudad de Quito.

Investigaciones anteriores acerca de este tema sugieren, que el tipo de empleo de una persona influye en la aparición de depresión en los sujetos de estudio.

Hay trabajos que demuestran que el estar desempleado es un factor de riesgo para la aparición de depresión en una persona determinada (30, 31, 32), y que aquellas personas desempleadas y subempleadas tienen mayores dificultades para conseguir y mantener un empleo estable (5, 30).

También se menciona que el subempleo es un factor de riesgo para la aparición de depresión, y que la prevalencia de esta enfermedad es mayor en los sujetos con este tipo de trabajo que en la población general (5).

Para este trabajo, nosotros nos planteamos la hipótesis de que el comportamiento de la variable depresión en nuestra población de estudio será similar al encontrado por Dooley y colaboradores (5) en su investigación, quienes manifiestan que la prevalencia de esta enfermedad es mayor en los sujetos subempleados que en la población general, y en las

personas de sexo femenino, con mayor número de años de instrucción, con más cargas económicas bajo su responsabilidad, más jóvenes, sin pareja estable y sin presencia de apoyo familiar del grupo de estudio.

Los resultados de nuestro trabajo fueron parcialmente consistentes con nuestra hipótesis de estudio.

En cuanto a la prevalencia, demostramos que la enfermedad en cuestión tiene una mayor presencia en los vendedores informales de nuestro estudio que en la población general, lo cual es concordante con la investigación de referencia que mencionamos en nuestra hipótesis de trabajo (5).

Este resultado demuestra que los vendedores informales de este sector de la ciudad son un grupo poblacional vulnerable para la aparición de esta patología.

En lo que se refiere a las características socio demográficas de los sujetos de esta investigación, la variable depresión no mostró las mismas características que en el estudio de referencia citado en nuestra hipótesis de trabajo (5).

En cuanto al sexo, la literatura internacional cita que la enfermedad en cuestión es más prevalente en las mujeres, tanto en la población general (6) como en los sujetos subempleados (5), mientras que nuestro trabajo demuestra que no existen diferencias

entre los hombres y las mujeres para la aparición de depresión, entre los vendedores informales de nuestro estudio.

Para el nivel de instrucción de los participantes, el estudio de referencia mencionado en la hipótesis de trabajo (5) dice que los sujetos subempleados con un mayor número de años de instrucción presentan una mayor prevalencia de depresión, mientras que en los resultados de nuestro proyecto se demuestra todo lo contrario, ya que los sujetos subempleados que habían completado menos años de estudio formal presentaban una mayor prevalencia de depresión que sus pares con más alto nivel de estudios.

Nosotros creemos que esta diferencia puede estar explicada por los distintos niveles socio culturales de los participantes del estudio por nosotros realizado y del que tomamos de la literatura internacional, ya que el trabajo de referencia (5) fue realizado en un país del primer mundo, en el que la mayoría de la población tiene generalmente un nivel socio cultural mayor que las personas en nuestro país.

Para el número de cargas económicas de los sujetos subempleados, el estudio consultado (5) cita que a mayor número de personas bajo la responsabilidad del sujeto, mayor es la prevalencia de depresión. Los resultados de nuestro proyecto muestran que no existen diferencias significativas para la aparición de esta enfermedad, entre los sujetos de la población de estudio con muchas o pocas cargas económicas bajo su responsabilidad.

En cuanto a la edad de los sujetos participantes, el estudio de referencia citado (5) muestra que existe una mayor presencia de esta enfermedad entre los sujetos subempleados de edad más joven, mientras que la literatura internacional dice que la edad media de presentación de la depresión en la población general está en alrededor de 40 años (6).

Los resultados de nuestra investigación no son concordantes con los antes mencionados, ya que nosotros no encontramos que exista una diferencia significativa en cuanto a la edad de los participantes, para la aparición de depresión en los vendedores informales que formaron parte de nuestro estudio.

La ausencia de pareja estable como factor para la aparición de depresión en los sujetos subempleados, ha sido demostrada en el estudio de Dooley y cols. (5), mientras que en nuestra investigación no se pudo comprobar que la presencia o ausencia de pareja estable en los vendedores informales de un sector de la ciudad de Quito, esté relacionada con la aparición de esta enfermedad en los sujetos investigados.

La falta de percepción de apoyo familiar por los sujetos subempleados, fue la única característica socio demográfica relacionada con la aparición de depresión en los participantes, tanto en el trabajo de referencia citado en nuestra hipótesis de trabajo (5) como en los resultados de nuestra investigación.

Basándonos en los resultados antes mencionados, podemos afirmar que los vendedores informales de una zona del sector centro norte de nuestra ciudad, sufren más episodios depresivos cuando estos no perciben el apoyo de su familia.

En nuestro trabajo de investigación, nosotros relacionamos tres variables socio demográficas más, con la presencia de depresión en los vendedores informales que formaron parte de nuestro estudio.

Observamos que no existe un vínculo entre el tiempo que el sujeto de estudio no ha tenido un empleo estable y adecuado en relación de dependencia, con la presencia de depresión en los participantes de nuestra investigación.

Creemos que un factor que podría influir en la aparición de este resultado, es que un gran porcentaje de las personas que nosotros investigamos nunca ha tenido un empleo con las características antes mencionadas, y solamente conocen al subempleo y a las ventas informales como única forma de trabajo.

No encontramos que exista una relación directa, entre el número de horas que los sujetos que formaron parte de este estudio dedican diariamente al trabajo como vendedores informales, y la presencia de depresión entre los participantes de esta investigación.

En cuanto a la presencia de comorbilidades, encontramos en los resultados de nuestro proyecto de investigación que la presencia de esta característica en los vendedores

informales que formaron parte de este trabajo, está asociada con una mayor prevalencia de depresión; lo que es concordante con lo citado en la literatura internacional, que menciona que hay muchas patologías relacionadas con la aparición de depresión, principalmente disfunciones a nivel endocrino, en el eje tiroideo (6).

En los resultados de este proyecto de investigación, nosotros pudimos observar que al cuantificar la severidad de la enfermedad mediante la escala de depresión de Zung (24), en los vendedores informales que dieron positivo para depresión según los criterios del DSM-IV-TR(7); la mayoría de los sujetos deprimidos mostraron ausencia de la enfermedad en la escala de Zung (24).

De todos los pacientes que la escala de Zung (24) identificó como deprimidos, la gran mayoría se trataba de casos leves de la enfermedad, y solo un pequeño porcentaje de estos sujetos mostró casos moderados y severos.

5.1.1 Limitaciones

Las limitaciones que encontramos al realizar este estudio, que no nos permitieron llevarlo a cabo de la manera más satisfactoria fueron las siguientes:

- El lugar donde se llevó a cabo el estudio. Decimos que este fue un factor limitante ya que el cien por ciento de las entrevistas se realizaron en el lugar de trabajo del participante, que por la naturaleza misma de las actividades laborales de estos sujetos es un lugar incómodo tanto para el entrevistado como para el investigador. El tratar de realizar un *screening* de depresión en medio de la vía pública, supuso una alta dificultad, ya que en este lugar existen muchos distractores que sacan del contexto de la entrevista al participante, e impiden que este responda a las preguntas planteadas de una manera adecuada.

Nos encontramos con muchos tipos de estos distractores en la realización de las entrevistas para nuestro trabajo de investigación. Estos fueron de los tipos más diversos, ya que la aplicación de nuestros instrumentos de estudio se vio interrumpida por factores tan sencillos como el clima; hasta por determinantes más graves como la interrupción de la entrevista por amigos o colegas de trabajo de los sujetos participantes.

- El lugar de trabajo muchas veces predisponía a que los sujetos tomen a manera de burla la entrevista, ya que nuestra presencia al lado de uno de los vendedores informales encuestados captaba la atención de sus compañeros que se encontraban cerca, y estos muchas veces trataban de escuchar las respuestas que estos vendedores emitían a las preguntas de nuestros instrumentos, para burlarse de los sujetos que estaban siendo entrevistados o realizar bromas acerca de estas.
- Otra limitación que encontramos para la realización de nuestra investigación fue la característica misma del trabajo de los sujetos participantes. Decimos que este factor limitó la realización del estudio de una manera conveniente, porque muchas veces los vendedores informales que estaban siendo encuestados tenían que abandonar la entrevista por ir a cumplir sus actividades laborales, lo que sacaba de contexto la seriedad y continuidad de la encuesta e impedía que el paciente responda a las preguntas de buena manera.

Notamos que había una falta de consecuencia en las respuestas de los sujetos cuando se presentaba este factor limitante durante la realización de las entrevistas de nuestro estudio, ya que observamos que cuando un vendedor abandonaba la entrevista por ir a cumplir con su trabajo, y regresaba a terminar la misma luego de llevar a cabo estas actividades, existía muchas veces una falta de concordancia

en las respuestas que este participante marcaba entre el instrumento del DSM-IV-TR y la escala de depresión de Zung.

- El factor que para nosotros constituyó la limitante de mayor peso para poder ejecutar este estudio de una manera adecuada, fue el nivel socio cultural de los participantes. Decimos que este factor tuvo gran importancia, ya que muchas veces se dificultó la realización de la entrevista porque los sujetos de estudio no entendían las preguntas que se les planteaba, y los investigadores tuvimos que explicar una y otra vez los enunciados de los instrumentos para que los participantes puedan interpretar el contenido de las interrogantes; muchas veces sin llegar a cumplir con nuestro cometido, haciendo que los sujetos no respondan de manera pertinente.

- Una desventaja de este trabajo fue que los estudios de referencia para comparar nuestros resultados fueron realizados en una población de sujetos subempleados de países de primer mundo, ya que en nuestro conocimiento no existen estudios realizados en nuestro país ni en América Latina que relacionen a la presencia de depresión y el status laboral.

Pensamos que las diferencias socio demográficas que encontramos en los resultados de nuestro estudio con respecto a los de la literatura internacional, pueden estar influenciadas por este factor limitante, ya que el nivel socio cultural

de los participantes de los trabajos de referencia no es el mismo que el encontrado en nuestro trabajo de investigación.

- La falta de colaboración de los sujetos que encontrábamos como posibles participantes, fue otro obstáculo para el desarrollo de este proyecto. La renuencia a la participación en el trabajo fue mucho mayor en la población indígena que formaba parte de la muestra, y creemos que esta es una gran limitante en los resultados de nuestro estudio, ya que este grupo de la población está pobremente representado en los sujetos que tomamos como casos.
- Pensamos que otra limitación de este estudio es la aplicabilidad de la escala de depresión de Zung traducida al español y validada por Conde y colaboradores en la población ecuatoriana, ya que como antes mencionamos el nivel socio cultural de los participantes de nuestro trabajo impedía que estos entiendan el contenido de las interrogantes de este instrumento.

5.1.2 Fortalezas

Al realizar este trabajo de investigación, encontramos muchos aspectos que consideramos valiosos, que nos permiten aseverar la significancia de los datos que presentamos:

- La mayor fortaleza de este estudio es haber demostrado la prevalencia de depresión en los sujetos que formaron parte de la investigación con un instrumento ampliamente validado, como son los criterios para diagnóstico de episodio depresivo del DSM-IV-TR, propuestos por la American Psychiatric Association.

Sin duda, estos son los criterios mayormente aceptados por los profesionales de la salud alrededor de todo el mundo para hacer el diagnóstico de las patologías psiquiátricas más comunes, como son los diversos tipos de trastornos depresivos. El uso de estos criterios, nos hace tener una gran certeza que los datos que estamos presentando son de gran utilidad y valor.

- Otra fortaleza de este estudio fue que no solamente tratamos de establecer la prevalencia de depresión en los vendedores informales que formaron parte de este trabajo de investigación, sino que también cuantificamos la severidad de esta enfermedad mediante la aplicación de los criterios de la escala de depresión de Zung.

- Además, este estudio nos dio la oportunidad no solamente de hacer un proceso de investigación en una población determinada, sino que también nos ofreció la posibilidad de intervenir en los sujetos en los que encontramos altos grados de depresión; sugiriéndoles que busquen atención médica acudiendo a un profesional.

5.2 Conclusiones

Basándonos en los resultados obtenidos en las pruebas estadísticas realizadas en nuestro trabajo, llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Al tratar de demostrar la hipótesis de nuestro estudio, llegamos a la conclusión que la prevalencia de depresión obtenida en este trabajo es similar a la del estudio de Dooley y colaboradores (5), mientras que las características socio demográficas de los sujetos participantes no son semejantes.
2. De acuerdo al instrumento para establecer la prevalencia de depresión que se utilizó, que fueron los criterios de depresión del DSM-IV-TR propuestos por la American Psychiatric Association (7), demostramos que la prevalencia de depresión en la población de vendedores informales de una zona del sector centro-norte de Quito es más alta que en la población general, lo que concuerda con lo que planteamos en nuestra hipótesis de trabajo.
3. Al realizar el análisis estadístico para tratar de demostrar si existía relación entre las variables socio demográficas que propusimos en la encuesta de nuestro estudio con la variable presencia de depresión según los criterios del DSM-IV-TR (7), comprobamos que la prevalencia de depresión en los vendedores informales de un sector de la ciudad de Quito es mayor entre el grupo que

presenta comorbilidades, menos años de instrucción y ausencia de apoyo familiar.

4. Al aplicar la escala de depresión de Zung (23) para cuantificar la severidad de la enfermedad, en los pacientes que mostraron depresión de acuerdo al DSM-IV-TR (7), demostramos que la mayoría de casos de este cuadro correspondían a un grado leve de la patología.
5. Los vendedores informales del sector centro norte de la ciudad de Quito son un grupo poblacional vulnerable a sufrir episodios depresivos.

5.3 Aplicaciones

Nosotros pensamos que por la misma naturaleza de esta enfermedad, los vendedores informales estudiados están en mayor riesgo de sufrir discapacidades sociales, laborales, e inclusive la muerte (principalmente por el mayor riesgo de suicidio que tienen estos sujetos, comparados con la población general (20)).

Tomando en cuenta la problemática antes mencionada, pensamos que nuestro proyecto de investigación podría tener las siguientes aplicaciones:

1. Nosotros creemos que se debería tratar de implementar un programa de *screening* periódico de esta patología, entre los vendedores informales de esta zona del sector centro norte de la ciudad de Quito, ya que de acuerdo a los resultados de nuestro trabajo, estas personas constituyen un grupo vulnerable para padecer esta enfermedad, en el que la prevalencia de la patología en cuestión es más alta que en la población general.
2. Pensamos que el personal encargado de realizar el programa de *screening* de la enfermedad en esta población, debería ser capaz de manejar la patología en los vendedores informales en los que encuentre la enfermedad, o por lo menos poder transferir a estos sujetos para que reciban una atención médica adecuada en las unidades del Ministerio de Salud Pública.

5.5 Recomendaciones

Las recomendaciones que podemos emitir luego de la realización de este proyecto de investigación, son las siguientes:

1. Fomentar la realización de investigaciones acerca de este tema a mayor escala, para conocer el impacto de la depresión en los vendedores informales a nivel de toda la ciudad y nacional, establecer cuáles tipos de trabajo informal y subempleo se relacionan más con esta patología, y determinar cuáles son las variables socio demográficas más relacionadas con la aparición de este cuadro en la gente con este tipo de trabajo de nuestro país.
2. Pensamos que es válido recomendar a los futuros investigadores en este tema, que traten de crear un mejor entorno para la realización de las entrevistas de *screening* de depresión en esta población, ya que para nosotros una de las mayores limitantes para la realización de este estudio fue el inadecuado entorno en el que se desarrolló el proyecto.

Creemos que una buena idea es establecer carpas destinadas a este propósito para la realización de futuros estudios de este tipo, con el fin de aislar al sujeto investigado de su ambiente de trabajo y de los múltiples distractores que en él se encuentran.

3. Realizar futuros estudios en vendedores informales sin presencia de comorbilidades, para establecer la real prevalencia de depresión en estos sujetos.

4. Desconocemos si existen sindicatos de vendedores informales en este sector de la ciudad de Quito, sería interesante si se encontrara la presencia de tales organizaciones, encontrar la posibilidad de hablar con sus dirigentes para que los miembros de estas asociaciones puedan tomar parte en los programas de *screening* de la enfermedad y puedan apoyar a los miembros que sufran esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Citadas de acuerdo a los criterios de la OPS (38)

1. Jefferson JW, Greist JH. Trastornos del estado de ánimo. En: Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de Psiquiatría Clínica 4ª ed. Barcelona:Masson;2005.Pp.439-42.
2. Lepine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011;7:suppl1[S3-S7].
3. Benach J, Muntaner C, Santana V. Employment Conditions and Health Inequalities: Final report for the WHO commission on social determinants of health (CSDH). Hallado en: http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf. Acceso el 26 de junio del 2011.
4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Indicadores del Mercado laboral a marzo del 2011. Hallado en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/est_soc/enc_hog/enemdu. Acceso el 01 de julio del 2011.
5. Dooley D, Prause J, Ham-Rowbottom KA. Underemployment and depression: longitudinal relationships. *J Health Soc Behav* 2000;41:421-36.
- 6 Sadock BJ. Trastornos del estado de ánimo. En: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock: Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta / Psiquiatría clínica 10ª ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins;2009.Pp.543-47.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition: Text Revision DSM-IV-TR. Arlington:American Psychiatric Publishing Inc;2004.Pp.345-425.

8. Sadeghirad B, Haghdoost AA, Amin-Esmaeili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-Movaghar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med* 2010;1:81-91.
9. Jianq Y, Hesser JE. A comparison of depression and mental distress indicators, Rhode Island Behavioral Risk Factor Surveillance System,2006. *Prev Chronic Dis* 2011;8:1-11.
10. Alexandrino-Silva C, Alves TF, Tófoli LF, Wang YP, Andrade LH. Psychiatry: life events and social support in late life depression. *Clinics (Sao Paulo)* 2011;66:233-38.
11. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Sicotte M, Tellechea L. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of latin america and the Caribbean. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007;62:suppl2[S226-S36].
12. Benjet C, Borges G, Medina ME, Fleiz C , Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud publica Mex* 2004;45:417-24.
13. Gómez C, Bohórquez A, Pinto Dm Gil JFA, Rondón M, Díaz N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Publica* 2004;16:378-86.
14. Marsiglia I. Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1159 pacientes. *Gac Med Caracas* 2010;118:3-10.
15. Nemeroff CB. Hallazgos recientes en la fisiopatología de la depresión. *Psimonart* 2009;2:25-48.

16. Myung W, Lim SW, Kim J, Lee Y, Song J, Chang KW, et al. Serotonin transporter gene polymorphisms and chronic illness of depression. *J Korean Med Sci* 2010;25:1824-27.
17. Sarosi A. Neurocognition and psychogenetic vulnerability in depression. *Neuro psycho pharmacol Hung* 2011;13:25-31.
18. Borkowska P, Kucia K, Rzezniczek S, Paul-Samojedny M, Kowalczyk M, Owczarek A, et al. Interleukin-1beta promoter (-31T/C and -511C/T) polymorphisms in major recurrent depression. *J Mol Neurosci* 2011;44:12-16.
19. Schosser A, Butler AW, Ising M, Perroud N, Uher R, Ng MY, et al. Genomewide association scan of suicidal thoughts and behaviour in major depression. *PLoS One* 2011;6:e20690.
20. Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, McIntosh A. Depressive Illness. En: Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, McIntosh A. *Oxford Handbook of Psychiatry*. Oxford:Oxford University Press;2005.Pp. 242-96.
21. Mahajan T, Crown A, Checkley S, Farmer A, Lightman S. Atypical depression in growth hormone deficient adults, and the beneficial effects of growth hormone treatment on depression and quality of life. *Eur J Endocrinol* 2004;151:325-32.
22. Hayley S. Toward an anti-inflammatory strategy for depression. *Front Behav Neurosci* 2011;13:5-19.
23. Chertok A. Desarrollo y Mantenimiento de las depresiones. En: Chertok A: *Las causas de nuestra conducta* 8ª ed. Montevideo: Centro de terapia conductual; 2006. Pp. 169-76.

24. García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L, Romera I, Aragonés E, Rodríguez-Artalejo F, et al. Relationship of Somatic Symptoms With Depression Severity, Quality of Life, and Health Resources Utilization in Patients With Major Depressive Disorder Seeking Primary Health Care in Spain. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10:355-62.
25. Sugiyarto G. Measuring underemployment: establishing the cutoff point. Hallado en: http://www.adb.org/Documents/ERD/Working_Papers/Wp092.pdf. Acceso el 26 de junio del 2011.
26. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Evolución del Mercado laboral a marzo del 2011. Hallado en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/est_soc/enc_hog/enemdu. Acceso el 26 de junio del 2011.
27. Organización Internacional del trabajo OIT. Subempleo. Hallado en: <http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/statistics-overview-and-topics/underemployment/lang-es/index.htm>. Acceso el 26 de junio del 2011.
28. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Evolución del Mercado laboral a junio del 2011. Hallado en: http://www.inec.gob.ec/web/guest/ecu_est/est_soc/enc_hog/enemdu. Acceso el 24 de julio del 2011.
29. Schneider F, Enste D. Ocultándose en las sombras: el crecimiento de la economía subterránea. Hallado en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/issues/issues30/es/issue30s.pdf>. Acceso el 26 de junio del 2011.

30. Lorant V, Croux C, Weich S, Deliège D, Mackenbach J, Anseau M. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *Br J Psychiatry* 2007;190:293-98.
31. Grzywacz JG, Dooley D. Good jobs” to “bad jobs”: replicated evidence of an employment continuum from two large surveys. *Soc Sci Med* 2003;56:1749–1760.
32. Dooley D. Unemployment, Underemployment and Mental Health: Conceptualizing employment status as a continuum. *Am J Community Psychol* 2003;32:9-20.
33. AOL noticias. Depresión y desempleo. Hallado en: <http://aollatino.com/2010/04/10/la-depresión-y-el-desempelo/>. Acceso el 26 de junio del 2011.
34. Bayarre H, Hosford R. Métodos y técnicas aplicadas a la investigación en Atención Primaria de Salud. Hallado en: http://www.sld.cu/galerías/pdf/sitios/dne/bayarre_y_hosford.pdf. Acceso el 26 de junio del 2011.
35. Centro Nacional para la Infancia y Adolescencia. Curso Nacional Metodología de Investigación Operativa en Servicio de Salud (MIOSS). Ciudad de Zacatecas: Centro Nacional para la Infancia y Adolescencia;2000.Pp.72-105.
36. Álvarez R. Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS: aplicación a las Ciencias de la Salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos;1995.Pp.71-80.
37. Esper R, Machado R. Elementos de Bioestadística. En: Esper R, Machado R. *La Investigación en Medicina: Bases teóricas y prácticas / elementos de Bioestadística 1ª ed.* Buenos Aires:La Prensa Médica Argentina;2008.Pp.245-313.
38. Organización Panamericana de la Salud. Información para autores: libros: Información general e instrucciones a los autores para la presentación de manuscritos.

Hallado en: [http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/pubTopic.asp?ThisSubTopic=Informaci% F3n% 20para% 20autores% 20sobre% 20libros&n = 1](http://www.paho.org/spanish/DD/PUB/pubTopic.asp?ThisSubTopic=Informaci%F3n%20para%20autores%20sobre%20libros&n=1). Acceso el 26 de junio del 2011.

APÉNDICES

Apéndice 1: escala de depresión de Zung traducida al español y validada por Conde y cols.

ESCALA DE ZUNG

Por favor lea atentamente e intente responder a TODOS los enunciados, señalando con una X las respuestas que considere correctas. Marque siempre un solo casillero.

Pregunta	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. Me siento decaído y triste.	1	2	3	4
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	1	2	3	4
5. Como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4
10. Me canso sin razón alguna.	1	2	3	4
11. Mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía	4	3	2	1
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. Me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. Mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes	4	3	2	1

PUNTAJE:

0-50	Normal
50-59	Depresión leve
60-69	Depresión moderada
> 70	Depresión severa

Apéndice 2: criterios del DSM-IV-TR de diagnóstico y clasificación de los trastornos depresivos.

Apéndice 2.1: criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de episodio depresivo mayor.

	Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
	1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
	2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
	3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
A	4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
	5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
	6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
	7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
	8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
	9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B	Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D	Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
E	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Apéndice 2.2: Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio único.

A	Presencia de un único episodio depresivo mayor.
B	El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
C	Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
<p>Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:</p> <p style="text-align: center;">Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos / grave con síntomas psicóticos Crónico Con síntomas atípicos De inicio en el período postparto</p>	
<p>Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:</p> <p style="text-align: center;">En remisión parcial, en remisión total Crónico Con síntomas catatónicos Con síntomas melancólicos Con síntomas atípicos De inicio en el post parto</p>	

Apéndice 2.3: criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, recidivante.

A	<p>Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.</p> <p>Nota: para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.</p>
B	<p>Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p>
C	<p>Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.</p>
<p>Se se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y / o los síntomas:</p> <p style="text-align: center;">Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos / grave con síntomas psicóticos</p> <p style="text-align: center;">Crónico</p> <p style="text-align: center;">Con síntomas catatónicos</p> <p style="text-align: center;">Con síntomas melancólicos</p> <p style="text-align: center;">Con síntomas atípicos</p> <p style="text-align: center;">De inicio en el período postparto</p>	
<p>Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:</p> <p style="text-align: center;">En remisión parcial, en remisión total</p> <p style="text-align: center;">Crónico</p> <p style="text-align: center;">Con síntomas catatónicos</p> <p style="text-align: center;">Con síntomas melancólicos</p> <p style="text-align: center;">Con síntomas atípicos</p> <p style="text-align: center;">De inicio en el post parto</p>	
<p style="text-align: center;">Especificar:</p> <p style="text-align: center;">Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)</p> <p style="text-align: center;">Con patrón estacional</p>	

Apéndice 2.4: criterios del DSM-IV-TR para las especificaciones de gravedad / psicosis / remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente).

<p>Nota. Codificar en el cuarto dígito. Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos pueden aplicarse sólo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión total pueden ser aplicables al episodio depresivo mayor más reciente en un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor en un trastorno bipolar I o II sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.</p>
<p>Leve: pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan solo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.</p>
<p>Moderado: síntomas de incapacidad funcional entre “leves” y “graves”.</p>
<p>Grave sin síntomas psicóticos: varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.</p>
<p>Grave con síntomas psicóticos: ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de un castigo. - Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.
<p>En remisión parcial: hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos (si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, solo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)</p>
<p>En remisión total: durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.</p>
<p>No especificado.</p>

Apéndice 2.5: criterios del DSM-IV-TR para la especificación de síntomas melancólicos.

Especificar si: Con síntomas melancólicos (puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente)	
A	<p>Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el período más grave del episodio actual:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades. 2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).
B	<p>Tres (o más) de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. e., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido). 2. La depresión es habitualmente peor por la mañana. 3. Despertar precoz (al menos 2h antes de la hora habitual de despertarse). 4. Enlentecimiento o agitación psicomotores. 5. Anorexia significativa o pérdida de peso. 6. Culpabilidad excesiva o inapropiada.

Apéndice 2.6: criterios del DSM-IV-TR para la especificación de síntomas atípicos.

Especificar si:	
Con síntomas atípicos (puede aplicarse cuando estos síntomas predominan durante las 2 semanas más recientes de un episodio depresivo mayor actual de un trastorno depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de episodio afectivo, o cuando estos síntomas predominan durante los últimos 2 años de un trastorno distímico; si el episodio depresivo mayor no es actual, se aplica si los síntomas predominan durante un período cualquiera de 2 semanas).	
A	Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).
B	<p style="text-align: center;">Dos (o más) de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento significativo del peso o del apetito. 2. Hipersomnia. 3. Abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesadas o inertes) 4. Patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo.
C	En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.

Apéndice 2.7: criterios del DSM-IV-TR para la especificación de síntomas catatónicos.

Especificar si:

Con síntomas catatónicos (puede aplicarse al episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II).

El cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motora que puede manifestarse por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o por estupor.
2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido).
4. Peculiaridades del movimiento voluntario que pueden manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos patentes o gesticulación exagerada.
5. Ecolalia o ecopraxia.

Apéndice 2.8: criterios del DSM-IV-TR para la especificación de cronicidad.

Especificar si:

Crónico (puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo si este es el tipo más reciente de episodio afectivo).

Los criterios completos para un episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continua durante al menos los últimos 2 años.

Apéndice 2.9: criterios del DSM-IV-TR para especificaciones de evolución.

<p>Específicas si (puede aplicarse al trastorno depresivo mayor, recidivante o al trastorno bipolar I o II):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con recuperación inter episódica total: si se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes. - Sin recuperación inter episódica total: si no se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes.
--

Apéndice 2.10: criterios del DSM-IV-TR para la especificación de patrón estacional.

<p>Especificar si:</p> <p>Con patrón estacional (puede aplicarse al patrón de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno depresivo mayor, recidivante).</p>	
A	<p>Ha habido una relación temporal sostenida entre el inicio de los episodios depresivos mayores de un trastorno bipolar I o bipolar II, o un trastorno depresivo mayor recurrente, y una determinada época del año (p. ej., aparición regular del episodio depresivo mayor en el otoño o el invierno).</p> <p>Nota: no incluir los casos en los que hay un efecto evidente de factores estresantes psicosociales estacionales (p. ej., estar habitualmente en paro todos los inviernos).</p>
B	<p>Las remisiones totales (o un cambio de la depresión a la manía o a la hipomanía) también se dan en una determinada época del año (p. ej., la depresión desaparece en primavera).</p>
C	<p>En los últimos 2 años ha habido dos episodios depresivos mayores que han demostrado la relación estacional temporal definida en los criterios A y B, y no ha habido episodios depresivos mayores no estacionales en el mismo período.</p>
D	<p>Los episodios depresivos mayores estacionales (descritos antes) tienen que ser sustancialmente más numerosos que los episodios depresivos mayores no estacionales presentados a lo largo de la vida del sujeto.</p>

Apéndice 3: encuesta de variables socio demográficas aplicada en la investigación.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS ASOCIADAS

Por favor lea atentamente e intente responder a TODAS las preguntas, señalando con una X las respuestas que considere correctas. Marque siempre una sola respuesta.

Si tiene dudas con respecto a las preguntas, puede consultar a la encuestador/a.

1. **Edad:** _____
2. **Sexo:** Femenino
Masculino
3. Se considera pareja estable a la convivencia ininterrumpida por lo menos durante un año, con una pareja de diferente sexo o no, monogámica, salvo que posea uno o más hijos en común con su pareja donde solo basta la convivencia.
¿Posee usted pareja estable?: Si
No
4. **Años de Instrucción aprobada:** _____ (años)
5. **Tiempo sin empleo estable en relación de dependencia:** _____ (años)
No aplica
6. **Horas de trabajo al día:** _____
7. **Número de personas que dependen económicamente de usted:** _____
8. **Usted considera que recibe el apoyo de su familia?**
Si No No Aplica
9. **¿Toma usted alguna medicación prescrita por un facultativo actualmente?**
Si No

Apéndice 4: consentimiento informado aplicado en la investigación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con CI: _____

He recibido información de los investigadores; Andrés Rosero y Elsa Valarezo y acepto ser parte de la investigación “prevalencia de depresión y características socio demográficas en los vendedores informales de una zona del sector centro – norte de la ciudad de Quito ” de manera libre y voluntaria, y autorizo a los realizadores de este proyecto a que utilicen la información obtenida en estas encuestas para que publiquen los resultados finales del trabajo mencionado.

Firma del Participante: _____

Firma de los Investigadores:

Andrés Rosero Flores _____

Elsa Valarezo Gutiérrez _____

FECHA: _____