

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DEPRESIÓN Y SU GRADO DE ASOCIACIÓN CON VARIABLES  
SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL  
HOSPITAL DEL DÍA DEL BATÁN (IESS)-QUITO, EN EL  
PERIODO ABRIL-JUNIO 2018**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO  
CIRUJANO

**JAIRO EFRAÍN LOZADA VALENCIA**

Directora: Ana María Troya Zuleta, M.Sc.

Quito, 2018

*Dedico esta tesis y mi título:*

*A Dios,*

*A todas las personas que creyeron en mí y que  
me acompañaron en cada paso que di,*

*Pero en especial dedico esto a las que no  
creyeron en mí.*

*Porque fue por ellos que encontré la  
inspiración y la fuerza para no decaer.*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco sobre manera a Dios en primer lugar por haberme permitido llegar a culminar esta pequeña etapa que he estado tratando de acabar, por darme la vida, los retos, las situaciones que he vivido y a las personas que ha puesto en mi camino, a las que dedico esta tesis.

Luego a mi mami Maclo que con su dedicación, amor, financiamiento y paciencia logro que no deje esta carrera en la mitad del camino.

A mi madre y padre porque, aunque no tuvieron los recursos económicos necesarios siempre me enseñaron a soñar en grande, a ser cauto, a luchar aun contra mí mismo, ya que siempre uno mismo es su más grande enemigo, a no permitir que nadie me robe nada y menos un sueño o la energía para luchar por el mismo, a que lo más grande y hermoso no siempre viene en las mejores circunstancias y que siempre puedes sonreír y encontrarle un lado bueno hasta a la peor situación.

A mis hermanos ya que, aunque no lo sepan me ayudaron a sobrepasar cada prueba, cada lucha, cada momento, y siempre fueron mis mejores amigos aun cuando no lo merecía.

A mi esposa que llego en el momento indicado para darme lo último de fuerza que necesitaba para terminar lo que estaba queriendo dejar a medias y un extra para soñar con alcanzar nuevas y más grandes metas, fuiste esa bocanada de aire fresco que necesitaba luego de todo mi camino previo, para querer seguir por más.

A mi tutora de tesis, que en momentos en que ni yo creía en mi ella lo hizo y me mostró el camino al final de mi meta.

A las personas que, aunque no fueron activas en mi camino en su momento aportaron un poco de fuerza a mi caminar.

A las personas que simplemente se dedicaron a tratar de sabotear, cada sueño y cada paso que quise dar a ellas en especial agradezco el voto de desconfianza que pusieron en mí y agradezco el que la vida me haya permitido llegar a culminar mi carrera.

## RESUMEN

La depresión es un síndrome que afecta la esfera afectiva caracterizado por decaimiento, tristeza constante, irritabilidad que además se expresa a través de afecciones cognitivas o incluso somatizaciones. Existen profesiones y trabajos con demanda laboral intensa, complejidad, carga horaria o ambiente en el que se desenvuelven, como los profesionales de la salud.

**Objetivo:** Determinar la presencia de depresión en el personal de salud que labora en el hospital del día del Batán IEES – QUITO. Así como determinar y analizar las variables sociodemográficas que puedan interferir en el desenvolvimiento del estado de ánimo del personal de salud.

**Materiales y métodos:** El estudio fue de tipo observacional de corte transversal analítico. El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia, la muestra se conformó de 140 profesionales los cuales están distribuidos entre: auxiliares de enfermería, enfermeras, médicos residentes, médicos tratantes, técnicos de laboratorio, e imagen. Para determinar e identificar posibles casos de trastornos depresivos se utilizó el test de autoevaluación de Zung y para los factores de riesgo se utilizó un cuestionario sociodemográfico el mismo que contiene preguntas que están enfocadas a evaluar aspectos sociales, culturales, económicos, etc.

**Resultados:** El 61,43% del personal de salud presentó depresión subclínica, no se observó niveles moderados o graves de esta patología. En cuanto al sexo los hombres presentaron el 62,5% con respecto al 61% obtenido en las mujeres. El gremio con mayor afectación fueron los auxiliares de enfermería con el 68 % seguidos de los médicos con 59,72%. No se evidenciaron asociaciones entre las variables sociodemográficas y la presencia de depresión.

**Palabras clave:** personal de salud, test de Zung, Depresión

## ABSTRACT

Depression is a syndrome that affects the affective sphere by decay, constant sadness, irritability that manifests itself through congenital affections or even somatizations. There are professions and jobs with intense labor demand, complexity, workload or environment in which they operate, such as health professionals.

**Objective:** to determine the presence of depression in the health personnel in the hospital of the day of the Batán IEES - QUITO. In this way, sociodemographic variables that can interfere in the development of the mood of the health personnel are determined and analyzed.

**Materials and methods:** The study was an observational type of analytical cross section. The type of sampling is not probabilistic for convenience, the sample consists of 140 professionals who are distributed among: nursing assistants, nurses, doctors, treating physicians, laboratory technicians, and image. To determine and identify possible cases of depressive disorders, the Zung self-assessment test is used, and for the risk factors, a sociodemographic questionnaire is used, which has questions that are focused on social, cultural, economic, etc. aspects.

**Results:** 61.43% of the health personnel have presented a subclinical depression, moderate levels or tombs of this pathology have not been observed. Regarding sex, men present 62.5% compared to 61% obtained in women. The guild that presented the greatest affection was the nursing assistants with 68% followed by the doctors with 59.72%. There is no evidence of associations between sociodemographic variables and the presence of depression.

**Key words:** health personnel, zung test, depression

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II.....	5
2. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. DEPRESIÓN.....	5
2.1.1. DEFINICIÓN.....	5
2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA.....	5
2.1.3. PATOGÉNESIS.....	7
2.1.3.1. GENÉTICA Y EPIGENÉTICA DE LA DEPRESIÓN.....	9
2.1.3.2. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD.....	10
2.1.4. CUADRO CLÍNICO.....	10
2.1.5. CLASIFICACIÓN.....	13
2.1.6. DIAGNÓSTICO.....	15
2.1.6.1. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	18
2.1.6.2. HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICAS.....	19
2.2. TEST DE ZUNG.....	22
2.2.1. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS.....	24
CAPÍTULO III.....	26
3. METODOLOGÍA.....	26
3.1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
3.1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.2. HIPÓTESIS.....	27
3.3. OBJETIVOS.....	28
3.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	28
3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3.4. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	28
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29
3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	32
3.6.1. SELECCIÓN DE MUESTRA.....	32

3.7.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	33
3.8.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	33
3.9.	ASPECTOS BIOÉTICOS .....	33
CAPÍTULO IV .....		35
4.	RESULTADOS .....	35
4.1.	ESTADÍSTICOS UNIVARIADOS .....	35
4.2.	ESTADÍSTICOS BIVARIADOS .....	36
4.2.1.	PRESENCIA DE DEPRESIÓN VS. PROFESIÓN, GREMIO Y ÁREA DEL PERSONAL DE SALUD .....	36
4.2.2.	PRESENCIA DE DEPRESIÓN VS. CARGA HORARIA, TRABAJAR FUERA DE LA INSTITUCIÓN Y EL TIPO DE TRABAJO. ....	37
4.2.3.	PRESENCIA DE DEPRESIÓN VS. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN, ENFERMEDAD CRÓNICA, Y TIENE HIJOS .....	38
4.2.4.	PRESENCIA DE DEPRESIÓN VS. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ....	39
CAPÍTULO V .....		40
5.	DISCUSIÓN .....	40
CAPÍTULO VI .....		44
6.	CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES .....	44
6.1.	CONCLUSIONES .....	44
6.2.	RECOMENDACIONES .....	45
BIBLIOGRAFÍA .....		47
TABLAS .....		50
FIGURAS .....		59
ANEXOS .....		68

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> División de la categoría F32 y nombre de las enfermedades de depresión. ....	13
<b>Tabla 2.</b> Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE- 10.....	15
<b>Tabla 3.</b> Criterios diagnósticos de trastorno de depresión según el DSM-V. ....	16
<b>Tabla 4.</b> Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE -10. ....	17
<b>Tabla 5.</b> Diagnósticos diferenciales de la depresión. ....	18
<b>Tabla 6.</b> Comparación entre las diferentes herramientas utilizadas en el tamizaje y diagnóstico de depresión .....	19
<b>Tabla 7.</b> Cortes según la validación de Conde .....	23
<b>Tabla 8.</b> Personal que trabaja en la institución de salud. ....	32
<b>Tabla 9.</b> Criterios de inclusión y exclusión.....	32
<b>Tabla 10.</b> Frecuencias y porcentajes de depresión en los participantes del estudio.....	50
<b>Tabla 11.</b> Frecuencias y porcentajes del grado de depresión en los participantes del estudio.....	50
<b>Tabla 12.</b> Estadísticos descriptivos de las variables numéricas analizadas en el estudio. ....	50
<b>Tabla 13.</b> Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas de los participantes del estudio. ....	51
<b>Tabla 14.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según profesión.....	51
<b>Tabla 15.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según el gremio al que pertenece. ....	52
<b>Tabla 16.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según área de trabajo. ....	52
<b>Tabla 17.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según la presencia de enfermedades crónicas. ....	52
<b>Tabla 18.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes que tienen una enfermedad crónica según el tipo de la misma. ....	53
<b>Tabla 19.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según antecedentes de depresión. ....	53

<b>Tabla 20.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según practica alguna religión. .....	53
<b>Tabla 21.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según el tipo de religión que practican. ....	54
<b>Tabla 22.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según carga horaria en la institución. ....	54
<b>Tabla 23.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según si trabaja fuera de la institución. ....	54
<b>Tabla 24.</b> Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según el tipo de trabajo que desempeña fuera de la institución. ....	54
<b>Tabla 25.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y profesión de los participantes del estudio. ....	55
<b>Tabla 26.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y el gremio de los participantes del estudio. ....	55
<b>Tabla 27.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y el área trabajo. ....	55
<b>Tabla 28.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y carga horaria en la institución. ....	56
<b>Tabla 29.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y si trabaja fuera de la institución. ....	56
<b>Tabla 30.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y el tipo de trabajo que realiza fuera la institución. ....	56
<b>Tabla 31.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y antecedentes familiares de depresión de los participantes del estudio. ....	57
<b>Tabla 32.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y padecer enfermedad crónica de los participantes del estudio. ....	57
<b>Tabla 33.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y tener hijos de los participantes del estudio. ....	57
<b>Tabla 34.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y sexo de los participantes del estudio. ....	58
<b>Tabla 35.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y el nivel de educación de los participantes del estudio. ....	58
<b>Tabla 36.</b> Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y estado civil de los participantes del estudio. ....	58

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribución de los participantes según el grado/nivel de depresión ( $n = 140$ ).....	59
<b>Figura 2.</b> Distribución de los participantes según profesión ( $n = 140$ ).....	60
<b>Figura 3.</b> Distribución de los participantes según el gremio al que pertenece ( $n = 140$ ).....	60
<b>Figura 4.</b> Distribución de los participantes según el área de trabajo ( $n = 140$ ).....	60
<b>Figura 5.</b> Distribución del tipo de enfermedad crónica en los participantes ( $n = 28$ ).....	61
<b>Figura 6.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según su profesión ( $n = 140$ ).....	61
<b>Figura 7.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según el gremio al que pertenece ( $n = 140$ ).....	62
<b>Figura 8.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según área en la que trabaja ( $n = 140$ ).....	62
<b>Figura 9.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según su carga horaria ( $n = 140$ ).....	63
<b>Figura 10.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según si trabaja fuera de la institución ( $n = 140$ ).....	63
<b>Figura 11.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según el tipo de trabajo que realiza fuera de la institución ( $n = 49$ ).....	64
<b>Figura 12.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según la presencia de antecedentes familiares de depresión ( $n = 140$ ).....	64
<b>Figura 13.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según la presencia de enfermedad crónica ( $n = 140$ ).....	65
<b>Figura 14.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según la presencia de hijos ( $n = 140$ ).....	65
<b>Figura 15.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según sexos ( $n = 140$ ).....	66
<b>Figura 16.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según el grado de escolaridad ( $n = 140$ ).....	66
<b>Figura 17.</b> Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según estado civil ( $n = 140$ ).....	67

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo 1.</b> Consentimiento Informado.....	68
<b>Anexo 2.</b> Encuesta sociodemográfica aplicada en el estudio. ....	70
<b>Anexo 3.</b> Test de Zung.....	72
<b>Anexo 4.</b> Carta de aceptación de para la realización del trabajo de titulación. ....	73
<b>Anexo 5.</b> Carta de aprobación del protocolo de investigación por parte del Subcomité de Bioética de la facultad de Medicina – PUCE.....	74

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

La depresión se define como un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad (NIMH, 2009). Además, es un trastorno que interfiere con la vida diaria y el desempeño normal de una persona, llegando a provocar incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia), es un síndrome que afecta específicamente la esfera afectiva (decaimiento, tristeza constante, irritabilidad, etc.) que además se puede expresar a través de afecciones cognitivas o incluso somatizaciones (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Existen profesiones y trabajos que se catalogan como demandantes o estresantes, ya sea por su complejidad, carga horaria o por el ambiente en el que se desenvuelve el personal de salud. Los profesionales de la salud están directamente expuestos a diversos estresores en distinto grado lo que significa un mayor riesgo y reacciones diversas. Las personas no reaccionan a los mismos estresores, así como estos estresores van a afectar a los individuos en distintos grados, por lo mismo van a desarrollar síntomas leves, moderados o graves, otros no van a desarrollar síntomas ya que todo dependerá de la capacidad de adaptación de cada individuo (Aldrete Rodríguez, Navarro Meza, González Baltasar, León Cortés, & Hidalgo Santacruz, 2017).

Se debe tener presente que la depresión es un trastorno cada vez más frecuente en la población médica y tiene repercusiones en la salud y el desempeño laboral.

Adicionalmente, es un trastorno que muchas de las veces no se logran identificar con facilidad (Pérez Cruz, 2006). En el ámbito de la salud la jerarquía influye de gran manera ya que de eso dependerá la carga horaria y el trato de parte del jefe a subordinado (Romero Alaniz & Hernández García, 2017).

Los afectados directos podrían llegar a sufrir sobrecarga emocional lo cual puede llegar a causar agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal, ya que están mas expuestos a mayor tensión, además de factores adicionales que en su medida podría causar su debut depresivo (Velásquez-Pérez, Colin-Piana, & González-González, 2013).

“El estrés puede tener su origen tanto en el ámbito laboral como extra laboral, pero en el ámbito laboral se asocia principalmente con la presencia de componentes psicosociales, alteraciones de las funciones biológicas, el contenido y organización del trabajo” (Aldrete Rodríguez, Navarro Meza, González Baltasar, León Cortés, & Hidalgo Santacruz, 2017).

Estudios han demostrado que en Ecuador un 4,6 % de la población sufren estrés, por lo que se encuentra ubicado en el puesto 11 de América Latina (INEC, 2017). De hecho, la prevalencia es mayor en la edad adulta que en la juventud: un 7,5 % en las mujeres y un 5,5% de los hombres entre 55 y 74 años padecen depresión (PAHO, 2012).

De acuerdo a la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa F. Etienne “la depresión nos afecta a todos por igual. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima”. Sin embargo, concluye que “incluso la depresión mas grave se puede superar con un tratamiento adecuado” (OPS/OMS, 2017).

Adicionalmente, se debe tener en cuenta que la mayoría de personas dejan de recurrir a un tratamiento adecuado por el hecho de que existen demasiados prejuicios y estigmas alrededor de esta enfermedad.

Para su diagnóstico es necesario realizar una adecuada anamnesis en la que se debe buscar antecedentes familiares además de obtener toda la información sobre los síntomas del paciente, también preguntar hábitos perniciosos (alcohol, drogas), que tipos de medicamentos consume, si ha tenido trastornos tiroideos y si ha tenido ideación suicida, todo con el afán de disminuir errores diagnósticos con patologías que pudiesen emular signos y síntomas aparentemente depresivos, por lo mismo se debe recurrir a un examen físico adecuado, anamnesis completa y exámenes de laboratorio (NIMH, 2009). Además, existen test de auto-evaluación como es el test de Zung que tiene una especificidad 94,7% y sensibilidad 67% el cual sirve de tamizaje para dicha enfermedad (Campo, Martínez, James, & Bermúdez, 2005).

El tratamiento de esta patología requiere un enfoque integral, ya que es multifactorial, por lo que consta de aspectos farmacológicos, psicoterapéuticos y terapias alternativas como: ejercicio físico, autoayuda guiada, terapia electroconvulsiva (TEC), medicina tradicional, entre otros (Mingote Adam, Moreno Jiménez, & Gálvez Herrera, 2004).

Otros datos alarmantes recogidos por la American Medical Association (AMA) demuestran que aproximadamente el 30 % de médicos residentes sufren síntomas de depresión (Tyrone & Rosario, 2016).

En la gran mayoría de los casos, este padecimiento, genera pérdidas millonarias (Velázquez, Colín, & González, 2013), además de complicaciones y un mal servicio a los pacientes que son atendidos por médicos que en ese momento padezcan depresión (García, Maldonado, &

Ramírez, 2014). Adicionalmente, lo mismo nace a partir de toda la carga horaria que en gran parte de sus vidas los médicos soportan (Font, Corti, & Berger, 2014).

La escala de Zung es una herramienta de auto-reporte que mide sintomatología depresiva, fue creada por W.W. Zung en 1965. Evalúa el nivel de depresión en pacientes diagnosticados de algún desorden depresivo; los criterios diagnósticos usados comprenden la mayoría de las características de la depresión, contemplando aspectos afectivos, fisiológicos y psicológicos (Rivera, Corrales, Cáceres, & Pina, 2007). La puntuación se obtiene de una escala tipo Likert, de 1 a 4 para los ítems negativos y de 4 a 1 para los ítems positivos. El índice de la escala se obtiene sumando el puntaje de los valores otorgados a cada uno de los 20 ítems, el puntaje máximo es de 80 y se asume presencia de depresión con puntajes superiores al 50% (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

No obstante, la escala de depresión de Zung no asegura por sí sola el diagnóstico de depresión, tiene la ventaja de que permite identificar el nivel de sintomatología depresiva que experimentan las personas en un momento del continuo de interacción y que, por tanto, puede aportar información clínica valiosa, particularmente en personas que viven con alguna enfermedad crónica (Passik, Lundberg, Barry, Krish, & Donaghy, 2000).

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. DEPRESIÓN**

##### **2.1.1. DEFINICIÓN**

Es un trastorno mental frecuente, que puede ser transitorio o permanente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La cual puede llegar a ser crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado (AAP, 2013; NIMH, 2009; OMS, 2017, 2018; OPS/OMS, 2017).

##### **2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA**

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aseguran que es la principal causa de problemas de mentales y discapacidad en todo el mundo, cifras reflejan que aproximadamente 300 millones de personas viven con este trastorno en diversos grados; comparando datos del 2005 y el 2015 ha existido un incremento considerable del 18% (OMS, 2018). En América Latina, cerca de 50 millones de personas presentaron depresión en 2015 (OPS/OMS, 2017), Lo que representa el 5% de la población.

La directora general de la OMS, doctora Margaret Chan, mencionó que: "Estas nuevas cifras son un llamado de atención a todos los países para que reconsideren sus enfoques sobre la salud mental y la traten con la urgencia que merece" (OMS, 2017).

Se ha observado que el riesgo de padecer depresión a lo largo de la vida es diferente en mujeres y hombres, la prevalencia por sexo es del 20% y el 10% respectivamente. La prevalencia de esta patología en mujeres va desde un 4,5% a 9,3%, mientras que en hombres se ha observado en un 3%. Así mismo, se reporta que entre el 20 y 40% de los pacientes con comorbilidades padecen de esta patología. En los últimos años se observó que el 1% de los niños presentan depresión y que esta cifra va en aumento, aunque depende directamente del medio en el que se desenvuelven los infantes (Zimmerman & D'avanzato, 2018).

En muchos países casi el 50% de las personas con depresión no reciben tratamiento. Y en promedio, sólo el 3% de los presupuestos de salud de los países se invierte en salud mental, variando de menos del 1% en los países de bajos ingresos al 5% en los países de altos ingresos (OMS/OPS, 2017). "La falta de acción es costosa. El no prestar atención a esto resulta en una pérdida económica global de un billón de dólares cada año. Las pérdidas son incurridas por los hogares, los empleadores y los gobiernos. Los hogares pierden financieramente cuando no puede trabajar. Los empleadores cuando los empleados se vuelven menos productivos e incapaces de trabajar. Los gobiernos tienen que pagar mayores gastos de salud y bienestar" (OPS, 2017). Casi 7 de cada 10 personas con depresión no reciben el tratamiento que necesitan.

Aproximadamente al 16% de la población en general a lo largo de su vida le va a afectar un cuadro depresivo lo bastante serio como para necesitar ayuda y asistencia profesional. También hay que tener en cuenta que del 100% de pacientes que llegan a padecer estos

cuadros han sido atendidos y tratados por personal sin conocimientos de psiquiatría o simplemente no llegan a ser atendidos (Cassano, Cassem, Papakostas, Fava, & Stern, 2010). Como dato importante las personas que están padeciendo esta patología llegan a contemplar el suicidio y a llevarlo a cabo en un 0.9% de todas las muertes, y como factor de riesgo llega a tener un porcentaje importante de un 21%, y solo un 70 % de los pacientes que se tratan con terapias actuales llegan a responder de manera efectiva (OPS/OMS, 2017).

### **2.1.3. PATOGÉNESIS**

La patogénesis de la depresión no se ha determinado en su totalidad, ya que la misma tiene varios desencadenantes causales, y por lo mismo al ser una patología multifactorial se desconoce en gran parte la neurobiología de la depresión y de los trastornos del estado de ánimo, por lo cual su diagnóstico en gran medida se realiza a través de parámetros clínicos.

Los trastornos multifactoriales son heterogéneos, y las teorías son varias para llegar a su explicación fisiopatológica, por lo cual no se las deja de lado y al momento se las sigue estudiando, el objetivo es tener manejos y tratamientos totalmente individualizados.

Pero es claro que hay factores que incurren en su desarrollo y que además cada uno por si solo presenta un riesgo específico de desarrollar o no esta patología. Además, se puede acotar que en esta patología no existe una individualización de los factores de riesgo en el momento de su desarrollo, y siempre se puede observar que existe en cada individuo más de un factor de riesgo en el momento del desarrollo de la depresión interactuando entre sí para potenciar uno al otro.

Los factores de riesgo forman tres vías totalmente distintas para poder desarrollarla:

**I. Se puede tomar como inicio las adversidades como son:**

- ✓ Traumas de la infancia.
- ✓ Perdidas familiares.
- ✓ Maltrato o falta de afecto paterno.
- ✓ Eventos estresantes en un periodo mínimo de un año.
- ✓ Crisis familiares como divorcios.
- ✓ Problemas de pareja.
- ✓ Ausencia de redes de apoyo.
- ✓ Bajo nivel educativo.
- ✓ Bajo nivel económico.

**II. Factores internos:**

- ✓ Genéticos
- ✓ Psicológicos como baja autoestima
- ✓ Neuroticismo
- ✓ Desorden de ansiedad
- ✓ Historial de depresión

**III. Factores externos:**

- ✓ Genéticos
- ✓ Abuso de sustancias.
- ✓ Desordenes de conducta.
- ✓ Factores ambientales.

### **2.1.3.1. GENÉTICA Y EPIGENÉTICA DE LA DEPRESIÓN**

A lo largo del tiempo se han realizado varios estudios sobre esta patología, que han aportado información cierta pero en un punto no concluyente, ya que no se ha podido establecer que la misma sea causada por el aspecto genético únicamente (Flint & Kendler, 2014). Se ha observado que los genes de cada individuo contribuyen a la vulnerabilidad del mismo a desarrollar o no depresión. Así lo reportan Sullivan y cols. (2000), quienes llegaron a determinar que existe un 37% de concordancia de depresión en gemelos monocigotos, además la depresión tiene un porcentaje mayor de heredabilidad en mujeres que en hombres; un 42% y un 29% respectivamente.

En varios estudios realizados se ha visto con gran frecuencia dos locus en especial con gran importancia que aumentan la susceptibilidad en el individuo para desarrollar depresión:

- MDD1 localizado en 12q22-q23.2 se encuentra ligado con gran fuerza cuando del género masculino se habla, en el desarrollo de la depresión
- MDD2 está localizado en 15q25.2 – q26.2 se ha observado que se encuentra ligada y relacionada con depresión recurrente y el inicio temprano de la depresión.

Otro gen importante en el desarrollo y evolución de la depresión es el SLC6A4 que se encuentra localizado en 17q11.2, el mismo que desarrolla y codifica al transportador de serotonina, el mismo que es responsable de limpiar el exceso que exista de este neurotransmisor en el espacio sináptico.

### **2.1.3.2. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD**

La evidencia actual sugiere que la depresión se asocia a características de personalidad como Neuroticismo (negatividad emocional), extraversión (positividad emocional) y escrupulosidad. Además las características de la personalidad parecen contribuir a la aparición y curso de la depresión. Los rasgos de personalidad asociados a la percepción emocional de una experiencia podrían ser fenotipos rastreables para su evaluación genética y neurobiológica, la personalidad puede ser útil para identificar subgrupos homogéneos dentro de los trastornos depresivos. Encontrar asociaciones entre los tipos de personalidad y la depresión puede ayudar a dilucidar los procesos involucrados en el desarrollo de trastornos del estado de ánimo. La personalidad puede ayudar a adaptar un determinado tratamiento y predecir su respuesta. El temperamento y la personalidad pueden ser utilizados para identificar a individuos en riesgo quienes podrían beneficiarse de programas de prevención y de una intervención temprana (APA, 1995).

### **2.1.4. CUADRO CLÍNICO**

Se debe tener en cuenta siempre que la depresión es una enfermedad multifactorial y muy compleja, que además su desarrollo depende de un grupo demasiado amplio de factores de riesgo, los cuales no han sido definidos en su totalidad, ni mucho menos las múltiples interacciones que existen entre ellos, se desconoce cómo es que cada uno actúa y en qué momento de la vida de cada individuo, ni cuan relevante va a ser uno u otro en la vida de cada individuo (DSM - 5, 2017).

Tenemos que siempre tomar a consideración que cada individuo es diferente y que no siempre los factores de riesgo van a pesar de la misma manera en los individuos. Por lo mismo no se sabe a ciencia cierta qué factores suelen ayudar a desencadenar el cuadro depresivo ni tampoco cuales son los que ayudan en su mantenimiento, porque es bien conocido que la gran mayoría de factores de riesgo interactúan entre sí por lo mismo no se puede conocer si son causa o consecuencia del cuadro depresivo, además de que no se ha valorado cual sería el grado de influencia de cada uno en el desarrollo del cuadro depresivo (DSM - 5, 2017)

También se debe considerar que la gran mayoría de factores de riesgo se encuentran desarrollándose en el entorno, en cada situación de vivencia, por lo tanto dentro de los factores de riesgo podemos encontrar: personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos (Kendler, Gatz, Gardner, & Pedersen, 2006).

Los síntomas de la depresión afectan a diferentes niveles (NIMH, 2009):

#### **A NIVEL DE SENTIMIENTOS:**

- Tristeza
- Ansiedad
- Vacío
- Desesperanza y/o pesimismo
- Culpa
- Inutilidad
- Impotencia
- Irritabilidad
- Inquietud

- Llanto fácil
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales

#### **CAMBIOS A NIVEL COGNITIVO:**

- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para recordar detalles
- Dificultad para tomar decisiones

#### **CAMBIOS A NIVEL BIOLÓGICO:**

- Insomnio
- Despertar muy temprano
- Hipersomnia
- Comer excesivamente
- Pérdida de apetito

#### **CAMBIOS A NIVEL PSICOLÓGICO:**

- Pensamientos suicidas
- Intentos de suicidio
- Somatizaciones
- Dolores y malestares persistentes
- Dolores de cabeza
- Cólicos

- Problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

### 2.1.5. CLASIFICACIÓN

En la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), incluye dentro de esta enfermedad a las categorías F32 (episodio depresivo) y F33 (trastornos depresivos recurrentes).

**Tabla 1.** División de la categoría F32 y nombre de las enfermedades de depresión.

CATEGORIA	ENFERMEDAD
F 32.0	Episodio depresivo leve.
F 32.1	Episodio depresivo moderado.
F 32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
F 32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
F 32.8	Otros episodios depresivos.
F 32.9	Episodios depresivos, no especificado.

*Fuente: CIE-10 (OMS, 1992).*

La duración del episodio depresivo debe tener al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos:

- ✓ Ánimo depresivo
- ✓ Pérdida de interés
- ✓ Pérdida de la capacidad para disfrutar
- ✓ Aumento de la fatigabilidad.

A continuación se detallan los trastornos depresivos más comunes:

**El trastorno depresivo grave:**

- ✓ Se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras.
- ✓ La depresión grave incapacita a la persona.
- ✓ Puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona
- ✓ Puede recurrir durante toda su vida

**El trastorno distímico:**

- ✓ Se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más)
- ✓ Pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien.
- ✓ Pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.
- ✓ La sintomatología y características suelen ser variadas en presentación y severidad.

**Depresión psicótica:**

- ✓ Se caracteriza cuando se conjugan:
- ✓ Enfermedad depresiva grave + alguna forma de psicosis (ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios)

**Depresión posparto:**

- ✓ Su diagnóstico se da cuando una mujer que ha dado a luz, y dentro del primer mes después del parto, sufre un episodio de depresión grave
- ✓ Del 10 al 15 % de las mujeres la padecen.

### **El trastorno afectivo estacional:**

Se caracteriza por:

- ✓ La aparición en los meses del invierno, al disminuir la luz solar.
- ✓ Y generalmente desaparece durante la primavera y el verano.
- ✓ Puede tratarse con terapia de luz,
- ✓ Aunque el 50% de los individuos no responden solo a esta terapia
- ✓ La farmacoterapia la psicoterapia pueden reducir los síntomas de forma independiente o combinados con la terapia de luz.

### **El trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva):**

- ✓ No es tan común
- ✓ Y se caracteriza por
- ✓ Cambios cíclicos en el estado de ánimo
- ✓ Que van desde estados de ánimo muy elevado (manía) a estados de ánimo muy bajo (depresión).

#### **2.1.6. DIAGNÓSTICO**

Como criterios diagnósticos más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación se encuentran los del CIE-10 (OMS, 1992) y los del DMS-V (APA, 1995).

Los criterios diagnósticos según el CIE-10 son:

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE- 10.

<b>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas</b>
<b>B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</b>
<b>C. Síndrome somático:</b>

---

Alguno de los síntomas depresivos puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- ✓ Pérdida importante del interés.
  - ✓ Pérdida de la capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
  - ✓ Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
  - ✓ Empeoramiento matutino del humor depresivo.
  - ✓ Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
  - ✓ Pérdida marcada de apetito.
  - ✓ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
  - ✓ Notable disminución del interés sexual.
- 

*Fuente: CIE-10 (OMS, 1992).*

Mientras que los criterios diagnósticos del DSM-V son:

**Tabla 3.** Criterios diagnósticos de trastorno de depresión según el DSM-V.

---

**A. 5 o más de los siguientes síntomas por dos semanas y han representado el funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: 1.- estado de ánimo depresivo o 2.- pérdida de interés o de placer.**

1. Estado de ánimo deprimido por la mayor parte del día y casi todos los días.
2. Disminución del interés o el placer a todas o casi todas las actividades.
3. Disminución de peso sin hacer dieta, apetito. O aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, tomar decisiones casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

---

**B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.**

---

**C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica**

---

**D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno especificado o no en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.**

---

**E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.**

---

*Fuente: DMS-V (APA, 1995).*

A continuación se detallan los criterios de la gravedad del episodio depresivo según CIE-10:

**Tabla 4.** Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE -10.

---

**A. Criterios generales para episodio depresivo**

- ✓ El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- ✓ El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

---

**B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:**

- ✓ Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- ✓ Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- ✓ Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

---

**C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:**

- ✓ Pérdida de confianza y estimación de sí mismo.
- ✓ Sentimientos de inferioridad.
- ✓ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- ✓ Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- ✓ Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- ✓ Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- ✓ Cambios de apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

---

**D. Puede haber o no síndrome somático**

- ✓ **Episodio depresivo leve:** están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente esta apta para continuar la mayoría de sus actividades.
- ✓ **Episodio depresivo moderado:** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. Las personas con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
- ✓ **Episodio depresivo grave:** debe existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio c con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presenta síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

---

*Fuente: CIE-10 (OMS, 1992).*

### 2.1.6.1. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Para el diagnóstico diferencial se debe aclarar si la etiología es idiopática o esta relacionada con otra patología médica trastorno mental, alguna medicación o droga utilizada por el individuo que padece el cuadro.

**Tabla 5.** Diagnósticos diferenciales de la depresión.

<b>PATOLOGÍAS MÉDICAS</b>	<b>TRASTORNOS MENTALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Endocrino/metabólicas:</b>  Patología tiroidea (hipo o hipertiroidismo)  Diabetes  Anemia severa  Enfermedad de Cushing  Enfermedad de Addison  Porfiria.  Hipopotasemia  Hiponatremia  Uremia  Hipopituitarismo  Enfermedad de Wilson  Síndrome de Wernicke- korsakoff</li> <li>• <b>Infeciosas:</b>  Tuberculosis  Infección por virus del Epstein-Barr  VIH  Sífilis terciaria.</li> <li>• <b>Neurológicas:</b>  Enf. Alzheimer  Esclerosis múltiple  Enf. Parkinson  Ictus  Epilepsia.  Enfermedad de Huntington  Hematoma subdural  Hidrocefalia de presión normal  ACV  Síndrome de lesión cerebral  postraumática  Tumores cerebrales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno angustia/ansiedad</li> <li>• Trastorno obsesivo compulsivo</li> <li>• Trastorno bipolar</li> <li>• Distimia</li> <li>• Trastornos adaptativos</li> <li>• Síntomas negativos de la esquizofrenia</li> <li>• Consumo de tóxicos.</li> </ul>

- 
- **Neoplasias:**  
Carcinomas  
Cáncer páncreas, pulmón, mama
  - **Otros:**  
Lúes  
Dolor crónico.  
Enfermedades autoinmunes
  - **Drogas y venenos**  
Alcohol  
Betabloqueantes, esteroides,  
barbitúricos  
Abstinencia de cocaína y  
anfetaminas  
Intoxicación por metales pesados  
Inhibidores de la colinesterasa  
Cimetidina  
Agentes quimioterapéuticos
- 

*Fuente: Guías de Práctica Clínica en el SNS (Heinze Martin & Camacho Segura, 2010)*

### 2.1.6.2. HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICAS

A continuación, se presenta un cuadro donde se indica ciertas características de las herramientas más utilizadas en el diagnóstico, tamizaje, definición de intensidad y gravedad de esta patología.

**Tabla 6.** Comparación entre las diferentes herramientas utilizadas en el tamizaje y diagnóstico de depresión

HERRAMIENTA	CARACTERÍSTICAS	SENSIBILIDAD ESPECIFICIDAD
BDI - II	– 21 ítems	
	– Evalúa gravedad	
	– Auto aplicable	S: 80 – 90%
	– Describe síntomas	E: 75 – 85%
	– Analiza factores somáticos y cognitivos	
	– Síntomas y gravedad	

---

	– Analiza mayor sintomatología cognitiva.	
Escala Kreesler 10	– Breve	
	– Auto aplicable	Ansiedad
	– Sirve para predicción en depresión y ansiedad	S: 84%, E: 80
	– Uso en primer nivel de atención	Depresión
	– Requiere uso de historia clínica	S: 87%, E: 75
Hamilton	– Escala heteroaplicada	
	– Diseñada para pacientes diagnosticados de depresión.	
	– Evalúa intensidad y gravedad	
	– Depende de la historia clínica, solo debe ser administrada por personal médico.	
	– 17 ítems.	S: 85%
	– Escala de seguimiento, tratamiento y valora evolución.	E: 80%
	– Es una escala que debe ser aplicada en consulta médica.	
	– Detecta recaídas o recurrencias.	
– Disminuye su eficacia en pacientes mayores de 70 años.		
Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	– Escala heteroaplicada	
	– Evalúa sintomatología (gravedad)	
	– Utilizada por el personal médico	
	– Utilizada para evaluar evolución	
	– Evalúa mayor sintomatología somática que cognitiva.	
Inventario de salud mental MHI 5	– Evalúa la presencia de síntomas durante el último mes	S: 80 - 90%
	– Permite detectar a la mayoría de personas que padecen el cuadro	E: 45 – 60%

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Baja tasa de falsos positivos y falsos negativos casi nulo.</li> <li>– Tiene mayor confiabilidad y validez para medición de la depresión en mujeres.</li> <li>– Escala que sirve para tamizaje</li> <li>– Baja especificidad para depresión.</li> <li>– Puede ser probado individualmente o en intervenciones grupales.</li> </ul>	
	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Es una escala autoaplicable.</li> <li>– Evalúa nivel de depresión.</li> <li>– Sirve para tamizaje.</li> <li>– Se evalúa mediante escala de Likert</li> <li>– Derivada en cierto modo de escala de Hamilton</li> </ul>	
Escala de Zung	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evalúa componentes somáticos-conductuales</li> <li>– Cuantifica la frecuencia e intensidad.</li> <li>– No tiene marco temporal claramente establecido, se puede pedir que tome en cuenta su situación actual o en la semana previa.</li> </ul>	<p>S: 85-95%</p> <p>E: 90%</p>

---

De cierta manera las distintas herramientas que se han descrito valoran la evolución de este padecimiento que ha llegado a ser un problema de salud a escala mundial, también algunos test suelen estar más dirigidos hacia cierto grupo poblacional, por ejemplo: el MHI-5, se centra más en el sexo femenino que en el masculino o a su vez esta dirigida a la evaluación de este grupo poblacional (Lara, Navarro, Mondragón, Rubí, & Lara, 2002).

## **2.2. TEST DE ZUNG**

La escala autoaplicada de depresión de Zung la cual fue desarrollada por Zung en 1965, la misma que es una escala que ayuda a cuantificar los síntomas de base empírica, da mayor peso al componente somático-conductual es derivada de cierta manera de la escala de depresión de Hamilton (depresion.psicomag.com, 2015).

Es una escala que está formada por 20 frases relacionadas con la depresión de las cuales la mitad tienen una connotación positiva y la otra mitad negativa.

En esta escala tiene un gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos (8 ítems respectivamente a cada una) y otros dos referentes al estado de ánimo y psicomotores.

Esta escala observa la frecuencia con la que cada uno de los síntomas se presenta en la vida cotidiana de cada individuo, para su cuantificación se usa una escala de Likert de 4 puntos. Desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre) (Zung , 1965).

Se debe tener en cuenta que para evaluar estos síntomas no se tiene un marco temporal plenamente establecido, por lo que se le suele pedir al paciente que valore la frecuencia de la sintomatología de modo indeterminado en unas coacciones y en otras tomando en cuenta su situación actual o a la semana previa. (V, Conde, J.A,Escriba, & T, Izquierdo, 2002)

Para la interpretación se puntúa en base a la escala de Likert de 1 a 4 para los de valor negativo y de 4 a 1 para los positivos, el total va desde 20 hasta 100 puntos.

Con la siguiente categorización de acuerdo a sus puntajes:

**Tabla 7.** Cortes según la validación de Conde

<b>TIPO DE DEPRESIÓN</b>	<b>PUNTOS</b>
No depresión	20 – 33
Depresión leve y variantes subclínicas	34 – 40
Depresión moderada	41 – 54
Depresión grave	55 – 80

*Fuente: Conde en 1967, citado por (González, 2007)*

✓ **No depresión: < 40% (<34 puntos)**

Son los individuos que en la realización del test puntuaron menos a 32, los mismos que son personas que no padecen de manera evidente de cuadros prolongados de depresión, o de cierto modo son individuos que manejan de manera adecuada las emociones que puedan padecer día a día. (Zung , 1965)

✓ **Depresión leve y variantes subclínicas: 41% -59% (34 – 41 puntos)**

La depresión leve, es la forma suave del desorden, es el tipo común, crónica y de baja intensidad, cuadro que incluye síntomas que no incapacitan a la persona en su totalidad. Este grado causa un aumento en la dificultad de la realización de sus actividades diarias, se da en personas que tienen baja autoestima, pensamientos negativos ante la vida y ante sí mismos (Daniela, 2010).

✓ **Depresión moderada severa: 60 (>42 puntos)**

***Depresión moderada***

Esta etapa tiene como características presentar uno o muy pocos síntomas de la depresión, pero los cuales ya afectan la rutina diaria de cada individuo. Entre estos síntomas podemos encontrar los siguientes: humor bajo, anhedonia, pensamientos negativos, energía

disminuida, lo mismo que contribuye a que cada individuo que se encuentre en este punto lleve un ritmo de vida, un funcionamiento social y ocupacional disminuido. Lo cual puede causar en estas personas el sentirse más sensibles, susceptibles a la sensación de lástima o con frecuencia preocuparse de cosas innecesarias (Daniela, 2010).

### ***Depresión severa***

En esta etapa los individuos presentan la gran mayoría de los síntomas que engloba la depresión, la enfermedad le impide al individuo realizar sus actividades cotidianas además de que los momentos de felicidad, alegría o tranquilidad son muy limitados. Se debe tener en cuenta que existe cierta predisposición en cada individuo de padecer esta patología, además que se puede tener un solo episodio de esta magnitud en la vida, por otro lado existe la probabilidad de que el cuadro se repita. Los episodios con esta severidad provocan en los pacientes que exista pérdida de interés en el cuidado personal y en el aspecto nutricional y, además se puede intensificar el cuadro al punto que los individuos pueden desarrollar cuadros alucinatorios (Daniela, 2010).

#### **2.2.1. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS**

El test de Zung tienen buenos índices de fiabilidad, en correlación con otras escalas, informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, además se ha observado que es sensible a los cambios en el estado clínico, la puntuación no correlaciona significativamente con el sexo la edad, estado civil, nivel de educación, nivel económico, ni el nivel de inteligencia de cada individuo (WW., 1986).

Como dato extra la escala de Zung en un principio no fue diseñada como una herramienta de tamizaje pero se ha encontrado que presenta una sensibilidad del 85% y una especificidad

del 75% cuando se aplica para detección de posibles casos de episodio depresivo mayor en la población general (Zung , 1965). Como evidencia en estudios realizados en Colombia a universitarios, se obtuvo como resultados que la Escala de Zung tiene una sensibilidad para episodio depresivo mayor del 94.7% y una especificidad del 67.0%, valor predictivo positivo de 37.5%, valor predictivo negativo de 98.4% (Campo-arias et al., 2005). En varios países como Japón, Grecia, Perú y Colombia han demostrado ser útiles como instrumento de tamizaje y diagnóstico en atención primaria (Zung , 1965). Por lo que ha sido validada para ser utilizada en la población adulta, pero se han encontrado limitaciones en población adolescente (Zung , 1965).

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Actualmente, la depresión esta cada vez más presente en el personal de salud, debido al incremento en el número de pacientes, carga laboral, responsabilidad laboral, presiones extremas, horarios intensos y presiones de diversas áreas. Muchos factores intrínsecos de los profesionales, hará que sea más predisponente o no el individuo a presentar esta patología (Muñoz Pascual, Delgado de Mendoza Ruiz, Romero Ruiz, Bermúdez Luque, & Cabrera Cobos, 2008; Neira, 2010; OMS, 2017).

El presente estudio se llevó a cabo en el personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS)-Quito, en el periodo abril-junio 2018. Esta casa de salud es un centro clínico quirúrgico, hospital del día localizado en la zona geográfica norte en la ciudad de Quito, presenta un gran flujo de pacientes, los mismos que son atendidos por el personal de salud de esta unidad médica. Se busca obtener estadísticas de la presencia de depresión en el personal del establecimiento, las mismas que podrán ser utilizadas para actuar de manera temprana ante una de las enfermedades más silenciosas en esta población. Además ayudará a indentificar cuál es el grupo de la salud más susceptible a padecer depresión y proponer medidas preventivas.

### **3.1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Existe depresión en el personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS)-Quito?
- ¿Cuál es el nivel de depresión que se presenta con mayor prevalencia?
- ¿Cuál de los gremios que conforman el personal de salud (médicos tratantes, médicos residentes, internos, enfermeras y auxiliares de enfermería) presenta mayor predisposición a la depresión?
- ¿Existe asociación entre las variables sociodemográficas y el tener/presentar depresión en el personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS)-Quito?

### **3.2. HIPÓTESIS**

- El personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS)-Quito tiene mayor riesgo de padecer depresión en distintos grados.
- El personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS)-Quito padece depresión en un grado moderado a grave.
- Los médicos residentes por su carga horaria y demás variables sociodemográficas padecen mayor frecuencia de depresión.
- Las variables sociodemográficas son factores determinantes para padecer depresión en el personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS)-Quito.

### **3.3. OBJETIVOS**

#### **3.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar el nivel de depresión y su asociación con variables sociodemográficas en el personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS)-Quito.

#### **3.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar y valorar la depresión en el personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS)-Quito.
- Determinar cuál es el nivel de depresión que presenta con mayor prevalencia.
- Determinar cuál de los gremios que conforman el personal de salud (médicos tratantes, médicos residentes, enfermeras, auxiliares, imagen y/o laboratorio) presenta mayor predisposición de depresión.
- Evaluar si existe asociación entre las variables sociodemográficas y el tener/presentar depresión en el personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS)-Quito.

### **3.4. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

El estudio es observacional de tipo transversal analítico, donde se busca la prevalencia de depresión y sus grados. Posteriormente evaluar la asociación entre este y variables sociodemográficas. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, donde la población objetivo es el personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS)-Quito.

### 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR
<b>EDAD</b>	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Cuantitativa, Continua	Años Cumplidos	Numérica	Media, Mediana, Moda, Desviación Estándar, Mínimo-Máximo
<b>SEXO</b>	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Cualitativa, Nominal	Femenino, Masculino	1= Femenino 2= Masculino	Frecuencias y Porcentajes
<b>ESTADO CIVIL</b>	Condición de una persona de si tienen o no pareja	Cualitativa, Nominal	Soltero, Pareja Estable (Unión Libre, Casado), Divorciado, Viudo	1= Soltero 2= Pareja Estable (Unión Libre, Casado) 3=Divorciado 4= Viudo	Frecuencias y Porcentajes
<b>EDUCACIÓN</b>	Nivel de estudios alcanzados	Cualitativa, Ordinal	Primaria, Secundaria, Pregrado, Postgrado	1= Primaria 2= Secundaria 3= Pregrado 4= Postgrado	Frecuencias y Porcentajes
<b>RESIDENCIA</b>	Lugar donde una persona reside	Cualitativa, Nominal	Norte, Sur, Centro, Valles	1= Norte 2= Sur 3= Centro 4= Valle	Frecuencias y Porcentajes
<b>PRESENCIA DE HIJOS</b>	Si tiene o non hijos bajo su cargo	Cualitativa, Nominal	Si, No	1=Si 2=No	Frecuencias y Porcentajes
<b>HIJOS</b>	Descendencia de un individuo	Cuantitativa, Discreta	Número de hijos	Numérica	Media, Mediana, Moda, Desviación Estándar, Mínimo-Máximo
<b>REMUNERACIÓN</b>	Cantidad percibida por un servicio, mes	Cuantitativa, Continua	Salario Mensual	Numérica	Media, Mediana, Moda, Desviación Estándar, Mínimo-Máximo

<b>JERARQUIA</b>	Funciones que desempeña en el lugar de trabajo	Cualitativa, Nominal	Tratante, Médico Residente, Enfermera, Auxiliar, Interno	1=Tratante 2= Médico Residente 3= Enfermera 4= Auxiliar 5= Interno	Frecuencias y Porcentajes
<b>PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS</b>	Presencia de enfermedades crónicas	Cualitativa, Nominal	Si, No	1= Si 2= No	Frecuencias y Porcentajes
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	Diagnóstico previo de trastornos depresivos en familiares hasta segundo grado de consanguinidad	Cualitativa, Nominal	Si, No	1= Si 2= No	Frecuencias y Porcentajes
<b>CARGA HORARIA</b>	Cantidad de horas por semana	Cuantitativa, Continua	Horas Por Semana	1=40 2= 45 3= Más De 50	Media, Mediana, Moda, Desviación Estándar, Mínimo-Máximo
<b>RELIGIÓN</b>	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Cualitativa, Nominal	Católica, Evangélica, Testigos De Jehová, Otras	1=Católica 2=Evangélica 3=Testigos De Jehová 4=Otras	Frecuencias y Porcentajes
<b>DEPRESIÓN</b>	Es una enfermedad caracterizada por tristeza persistente y pérdida de interés en las actividades que normalmente disfrutaba, además incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.	Cualitativa, Ordinal	Leve, Moderada, Severo	1=Leve 2= Moderada 3= Severa	Frecuencias y Porcentajes

<b>PROFESIÓN</b>	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario	Cualitativa, Nominal	Médico, Enfermería, Auxiliares, Laboratorio Clínico, Imágenes.	1=Médico 2= Enfermería 3= Auxiliares 4=Laboratorio Clínico 5=Imagen	Frecuencias Y Porcentajes
<b>AÑOS DE EJERCIO PROFESIONAL</b>	Tiempo que lleva desempeñando una actividad por la que recibe remuneración	Cuantitativa, Discreta	Años/ Meses.	Numérica	Media, Mediana, Moda, Desviación Estándar, Mínimo-Máximo
<b>AREA EN QUE LABORA</b>	Lugar donde una persona desempeña una actividad determinada	Cualitativa, Nominal	Consulta Externa, Emergencia, Imagen, Laboratorio	1=Consulta Externa 2=Emergencia 3=Imagen 4=Laboratorio.	Frecuencias Y Porcentajes
<b>USTED TRABAJA FUERA DE LA INSTITUCIÓN</b>	Si desempeña actividad por las que recibe remuneración en otra entidad	Cualitativa, Nominal	Si, No	1= Si 2= No	Frecuencias Y Porcentajes
<b>TIPO DE TRABAJO FUERA DE LA INSTITUCIÓN</b>	Actividad extra que realiza fuera de la institución por la que recibe remuneración	Cualitativa, Nominal	Consulta Privada, Docencia, Otra Institución	1= Consulta Privada 2= Docencia 3= Otra Institución	Frecuencias Y Porcentajes

### 3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio fue el personal de salud que se encontraba trabajando en el Hospital del día del Batán, (Quito- IESS) en el período de mayo - junio, mayores de edad.

**Tabla 8.** Personal que trabaja en la institución de salud.

<b>PERSONAL DE SALUD</b>	<b>CANTIDAD</b>
Médicos Residentes	31
Médicos Tratantes	45
Auxiliares de enfermería	25
Enfermeros/as	28
Imagenólogos	8
Laboratorio	14
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>

#### 3.6.1. SELECCIÓN DE MUESTRA

A los cuales se les aplicó criterios de inclusión y exclusión para obtener la muestra de estudio.

**Tabla 9.** Criterios de inclusión y exclusión.

<b>INCLUSIÓN</b>	<b>EXCLUSIÓN</b>
– Hombres y mujeres mayores de 18 años, que trabajen en el Hospital del Día del IESS del Batán, en el período de tiempo Abril - Junio	– Hombres y mujeres que previamente hayan sido diagnosticados con una patología mental
– Aceptar de manera voluntaria el participar mediante la firma de un consentimiento informado previamente explicado	– Personal que no acepte voluntariamente formar parte del estudio mediante la firma del consentimiento informado

### **3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Se entregó un consentimiento informado (Anexo 1) a todos los profesionales, el cual se encuentra dirigido al personal de salud del Hospital del día del Batán IESS. Se explicó cualquier duda existente por parte de los participantes. Si los encuestados estaban de acuerdo en participar en el estudio firmaron los consentimientos informados y se entregó a cada participante los cuestionarios auto aplicables de aspectos sociodemográficos (Anexo 2) y el Test de Zung (Anexo 3). La información levantada en las encuestas fue ingresada en el programa Excel, donde fue codificada en una base de datos.

### **3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizaron los análisis estadísticos con ayuda del paquete estadístico SPSS 25. El análisis univariado se realizó mediante tablas de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, mientras que para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, máximos y mínimos). Para el análisis bivariado se utilizaron tablas de contingencia, en las cuales se buscó la asociación entre la presencia de depresión y las diferentes variables estudiadas.

### **3.9. ASPECTOS BIOÉTICOS**

Previo a la ejecución de esta investigación se contó con la autorización del Hospital (Anexo 4), así como la aprobación del protocolo de investigación por parte del Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina- PUCE (Anexo 5). Para la realización del estudio se tomaron en cuenta las reglas y normas de conducta en apego a los principios de bioética, reconociendo la autonomía de aceptar o declinar la participación del personal mediante la

utilización del consentimiento informado (Anexo 1). Para mantener la confidencialidad y el anonimato de los participantes se utilizó un código alfa-numérico.

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1. ESTADÍSTICOS UNIVARIADOS

Al aplicar la escala de Zung se evidenció que el 61,43% de los participantes presentó depresión en nivel subclínico. Los puntajes mínimo y máximo fueron 20 y 51, con una media de 29,14 ( $\pm 7,57$ ), siendo el más frecuente 20 puntos (Tabla 10 - 12, Figura 1).

En los 140 participantes del estudio el promedio de edad fue 38,45 ( $\pm 9,617$ ) años. Se observó que el 71,43% fue de sexo femenino y que el 55,71% tiene una pareja estable (unión libre y casado). El 59,29% de los participantes indicó tener hijos, de los cuales la mayoría tiene 1 hijo. En la población de estudio el tiempo de ejercicio profesional se encontró entre 12 y 456 meses, siendo el promedio 142,71 ( $\pm 114,42$ ) meses, mientras que el tiempo mínimo de trabajo en la institución fue de 2 meses y el máximo de 38 años, siendo lo más frecuente 12 meses. El 67,86% indicó que su lugar de residencia es el norte de la ciudad (Tablas 12 - 13).

En la población de estudio se evidenció que el 45,71% tiene una carrera universitaria y un 36,43% estudios de cuarto nivel. La mayoría de los participantes tienen como profesión medicina y auxiliar de enfermería, con 51,43% y 17,86% respectivamente. Dentro de los gremios del personal de salud analizado se observó que el 29,29% son médicos tratantes, el 22,14% son médicos residentes y el 17,86% auxiliares de enfermería. Al analizar el área de trabajo de los participantes, se encontró que las áreas más representadas en el estudio son consulta externa y emergencias, con 47,86% y 35,71% respectivamente (Tablas 13 - 16, Figuras 2 - 4).

Del total de participantes solo el 20,00% reportó tener una enfermedad crónica, siendo las más frecuentes las enfermedades metabólicas y la hipertensión, con 50,00% y 21,43% respectivamente (Tablas 17 - 18, Figura 5). El 24,29% indicó presentar antecedentes familiares de depresión (Tabla 19). Se evidenció que el 76,43% practica alguna religión, siendo la religión católica la predominante con el 82,24% (Tablas 20 - 21). El 89,29% indicó que trabaja hasta 40 horas semanales en la institución, el 10,71% restante más de 40 horas (Tabla 22). Adicionalmente, se evidenció que el 35,00% de los participantes trabaja fuera de la institución, siendo la consulta privada la que predomina con el 57,14% (Tablas 23 - 24).

## **4.2. ESTADÍSTICOS BIVARIADOS**

Para el análisis bivariado se realizaron tablas de contingencia entre la presencia de depresión con las diferentes variables analizadas en el estudio. Este análisis nos permitió evidenciar la distribución de la presencia de depresión en los diferentes grupos analizados, además de comprobar y valorar si existió asociación entre las variables.

### **4.2.1. PRESENCIA DE DEPRESIÓN VS. PROFESIÓN, GREMIO Y ÁREA DEL PERSONAL DE SALUD**

Al evaluar la profesión con mayor inclinación a presentar depresión, se evidenció que el 71,43% (10/14) de los participantes que estudiaron bioquímica clínica presentaron depresión, en segundo lugar se encontró a los auxiliares de enfermería con el 68,00% (17/25), seguidos por medicina con un 59,72% (43/72), mientras que en último lugar se encontraba imagenología con un 37,50% (3/8). No se observó asociación entre las variables ( $X^2_{gl:4} = 3,146, p = 0,534$ ) (Tabla 25, Figura 6).

Para analizar que gremio del personal de salud, mostraba mayor inclinación a presentar depresión, se dividió a los participantes en cinco agrupaciones: Tratantes, Residentes, Enfermeras, Auxiliares de enfermería e Imagen/Laboratorio. Se observó que el 68,00% (17/25) de los auxiliares de enfermería presentaban depresión, seguidos por los residentes con un 64,52% (20/31), mientras que en último lugar se encontró a los tratantes con un 56,10% (23/41). No se evidenció asociación entre variables ( $X^2_{gl:4} = 1,280, p = 0,865$ ) (Tabla 26, Figura 7).

Para evaluar el área de trabajo que presentaba mayor tendencia a tener depresión, se agrupó en tres categorías: Consulta externa, Emergencia e Imágenes/Laboratorio. Se evidenció que el 65,22% (15/23) del personal de Imágenes/Laboratorio presentaba depresión, mientras que para el área de Emergencia se observó un 58,00% (29/50). No se observó asociación entre variables ( $X^2_{gl:2} = 0,432, p = 0,806$ ) (Tabla 27, Figura 8).

#### **4.2.2. PRESENCIA DE DEPRESIÓN VS. CARGA HORARIA, TRABAJAR FUERA DE LA INSTITUCIÓN Y EL TIPO DE TRABAJO.**

Para analizar la carga horaria del personal de salud y la inclinación a presentar depresión, se dividió a los participantes en dos agrupaciones: Más de 40 horas y Hasta 40 horas. Se observó que de los profesionales que trabajan más de 40 horas, el 66,67% (10/15). No se evidenció asociación entre variables ( $X^2_{gl:1} = 0,195, p = 0,659$ ) (Tabla 28, Figura 9).

Para evaluar si el personal de salud que además trabaja fuera de la institución tenía una mayor tendencia a presentar depresión, se agrupó en dos categorías: Trabaja fuera de la institución y No trabaja fuera de la institución. Se evidenció que el 63,27% (31/49), del

personal que tiene realiza otro trabajo, presentó depresión. No se observó asociación entre variables ( $X^2_{gl:1} = 0,107$ ,  $p = 0,743$ ; *Prueba exacta de Fisher* = 0,856) (Tabla 29, Figura 10).

Al evaluar el tipo de trabajo extra que realizan los participantes con una mayor inclinación a presentar depresión, se evidenció que el 80,00% (4/5) de los profesionales que trabajan como docentes presentaron depresión, seguidos por aquellos que trabajan en otra institución con un 75,00% (12/16), en último lugar se encontraron los profesionales que tienen consulta privada con un 53,57% (15/28). No se observó asociación entre las variables ( $X^2_{gl:2} = 2,683$ ,  $p = 0,261$ ) (Tabla 30, Figura 11).

#### **4.2.3. PRESENCIA DE DEPRESIÓN VS. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN, ENFERMEDAD CRÓNICA, Y TIENE HIJOS**

Al evaluar si tener antecedentes familiares de depresión predispone a presentar depresión, se evidenció que en aquellos que no tenían antecedentes el 57,55% (61/106) presentaban depresión, mientras que en los participantes que tenían antecedentes de depresión en la familia el 73,53% (25/34) presenta esta patología. No se observó asociación entre las variables ( $X^2_{gl:1} = 2,775$ ,  $p = 0,096$ ; *Prueba exacta de Fisher* = 0,109) (Tabla 31, Figura 12).

Al analizar si la presencia de enfermedad crónica con la inclinación a presentar depresión, se evidenció que de los participantes que no tienen enfermedad crónica, el 58,93% (66/112) presentan depresión, mientras que en aquellos que si tienen al menos una enfermedad crónica, se encontró depresión en el 71,43% (20/28) de ellos. No se encontró asociación entre las variables ( $X^2_{gl:1} = 1,477$ ,  $p = 0,224$ ; *Prueba exacta de Fisher* = 0,280) (Tabla 32, Figura 13).

Al comparar si tener hijos aumenta la predisposición a presentar depresión, se observó que el 61,45% (51/83) de los participantes que reportaron tener al menos un hijo, presenta depresión, mientras que de aquellos que indicaron no tener hijos el 61,40% (35/57) presenta depresión. No se evidenció asociación entre las variables ( $X^2_{gl:1} = 0,000$ ,  $p = 0,996$ ; *Prueba exacta de Fisher* = 1,000) (Tabla 33, Figura 14).

#### **4.2.4. PRESENCIA DE DEPRESIÓN VS. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Al evaluar el sexo con mayor inclinación a presentar depresión, se evidenció que un 61,00% (61/100) del personal de salud femenino y un 62,50% (25/40) del personal de salud masculino presentó depresión subclínica. No se encontró asociación entre las variables ( $X^2_{gl:1} = 0,027$ ,  $p = 0,869$ ; *Prueba exacta de Fisher* = 1,000) (Tabla 34, Figura 15).

Al analizar el nivel de educación con mayor tendencia a presentar depresión, se encontró presencia de depresión en el 68,00% (17/25) de los participantes que tenían título de segundo nivel, el 60,78% (31/51) para los que realizaron un posgrado, y el 59,78% (38/64) de los que tenían título universitario. No se evidenció asociación entre las variables ( $X^2_{gl:2} = 0,578$ ,  $p = 0,749$ ) (Tabla 35, Figura 16).

Al comparar en los participantes la predisposición a presentar depresión dependiendo del estado civil, se observó que todos los individuos viudos presentaban depresión, seguidos del 70% (7/10) de los divorciados. No se observó asociación entre las variables ( $X^2_{gl:3} = 1,654$ ,  $p = 0,647$ ) (Tabla 36, Figura 17).

## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN

La depresión es un problema de salud pública a nivel mundial, aproximadamente hay 350 millones de personas afectadas. Gran parte de las personas que padecen este trastorno retrasa la búsqueda de ayuda, no recibe la asistencia adecuada, o no acude a tratamiento. Es la cuarta causa de discapacidad, con relación a la pérdida de años de vida saludables. Esto debido a que por lo general comienza en edades tempranas, además de ser una patología recurrente que afecta el funcionamiento de las personas, reduciéndolo de manera sustancial. Ocasionando importantes costos económicos y sociales (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013; González et al., 2010; Haro et al., 2006; Kessler et al., 2007).

El estudio se llevó a cabo en el personal de salud del Hospital del día del Batán (IESS) - Quito, el cual cuenta con 151 profesionales, entre los cuales se encuentran auxiliares de enfermería, enfermeras/os, técnicas/os de imagen y laboratorio clínico, médicos tanto tratantes como residentes. Un total de 140 profesionales participaron de manera voluntaria en el estudio, lo que representa un 92,72% del total del personal de la institución.

En el estudio realizado por Atocha y Chiriboga (2017), en profesionales de la salud de dos hospitales de segundo nivel de la ciudad de Quito-Ecuador, reportan una prevalencia general de depresión del 30,67%, siendo los grados leve y moderado los más frecuentes, con el 46,24% y el 37,57% respectivamente. Aguilar y cols. (2015), en su estudio realizado en el personal del Hospital Militar en Cuenca-Ecuador, reportan una prevalencia del 25,40% para los niveles moderado y grave, y del 21,10% para el nivel leve. En el estudio de Montenegro y Yumiseva (2016), realizado en profesionales de la salud del Hospital de Especialidades

Eugenio Espejo, reportan una prevalencia general del 55,25%, siendo el grado moderado el más frecuente con un 37%, seguido del 33% correspondiente al grado leve.

En el presente estudio se observó una prevalencia de depresión del 61,43%, aunque este valor es superior a los reportados en otros estudios, cabe recalcar que el único nivel encontrado corresponde a depresión subclínica y sus variantes normales. Una de las razones para este hallazgo es que el personal médico en la gran mayoría de los casos subestima la sintomatología que puede llegar a padecer, además de la gran facilidad que tienen para acceder a fármacos, para manejar las molestias, además como las manifestaciones son muy variadas se las suele adjudicar a otros trastornos y con esto subdiagnosticar la depresión (Heinze Martin & Camacho Segura, 2010).

En el presente estudio se observó que el 68% de los auxiliares de enfermería presentaba esta patología, seguidos de los médicos residentes con un 64,52%. Mientras que los tratantes se encontraron en último lugar con un 56,10%. En el estudio realizado en residentes mexicanos con la misma escala se reportó que el 38% presentaba depresión leve y variantes subclínicas, depresión moderada 10%, y 0% para depresión severa (Palmer-Morales, Prince-Vélez, Medina-Ramírez, & López-Palmer, 2017). El estudio realizado por Kolves y De Leo (2013), demostró que existe una gran relación entre afecciones psiquiátricas y suicidio, se observó que existe prevalencia de desórdenes psiquiátricos tanto en personal de enfermería como en personal médico, con un 59,3% y un 55,9% respectivamente, mostrando que la depresión es la enfermedad con mayor frecuencia dentro del área de salud, con un 48,1% para médicos y un 35,6% para enfermeras, señalando mayor frecuencia en los médicos. Se puede notar que en el personal médico siempre va a ser frecuente esta enfermedad y más los grados subclínicos, leves y moderados (Lerma-Martínez, Rosales-Arellano, & Gallegos-Alvarado, 2009). Dentro de las tres áreas de trabajo, no se observó que alguna presente un riesgo para

depresión, pero es importante mencionar que el área de Imágenes/Laboratorio presentó la mayor prevalencia con 65,22%.

En cuanto a la prevalencia de depresión en hombres (62,5%) y mujeres (61%), se observó una pequeña diferencia del 1,5%, siendo el sexo masculino quienes presentaron mayor frecuencia. En un estudio realizado en Colombia se pudo observar que en la actualidad existe mayor número de hombres con depresión que mujeres, los valores reflejan un 14% en hombres y un 7% en mujeres que han tenido síntomas depresivos. La gran mayoría de los pacientes varones en estos estudios referían que se sentían la mayor parte del tiempo cohibidos de compartir con alguien estas molestias, ya que pensaban que iban a ser rechazados o estigmatizados por padecer esta enfermedad (Londoño, Peñate, & González, 2016; Londoño Pérez & González Rodríguez, 2015).

Además la depresión masculina tiene sintomatología y desencadenantes propios para este grupo poblacional, los resultados epidemiológicos son variables y dependen del instrumento que se utilice (Londoño, et al., 2016), en varios estudios se ha revelado que hay herramientas que son menos sensibles para detectar depresión en hombres, como es el caso del test de Zung y el BDI (Robles , Sanchez, & Galicia, 2011), por lo que al momento de hablar de suicidios causados por esta dolencia la OMS indica que la efectividad en la ejecución del suicidio en los hombres es más alta que las mujeres y que en ellas suelen solo llegar en la mayoría de los casos al intento autolítico (OMS, 2017).

También se debe tener en cuenta que el presente estudio arrojó como resultados de importancia el tener una pareja estable de cierta manera podría ayudar como factor protector al momento de padecer esta dolencia, en comparación con otro estudio realizado en la universidad de Duke se encontró que uno de los factores protectores más importantes solía

ser el tener estabilidad en cualquier ámbito de la vida del individuo como podría ser el tener pareja o empleo estable (Bogdan, Nikolova, & Pizzagalli, 2013).

Dentro del presente estudio se consideró otras variables sociodemográficas que en la gran mayoría de estudios realizados presentaban diferencias significativas, unas como protectoras y otras como desencadenantes para el desarrollo de esta enfermedad, las mismas que en este estudio no mostraron diferencias significativas, esto probablemente pudo haber sucedido por el número de muestra o que la misma fuera en su predominancia conformada por el sexo femenino, otra razón para la obtención de estos resultados en el estudio sería que el personal médico al tener conocimiento de estas herramientas de autoevaluación las puede responder a su propia conveniencia, con riesgo de sesgo en los resultados de la investigación. También como ya se expuso previamente al tener una gran carga horaria y una cantidad considerable de pacientes en cada jornada ellos podrían simplemente no prestar la atención necesaria a cada pregunta y tomarían respuestas al azar.

## CAPÍTULO VI

### 6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

#### 6.1. CONCLUSIONES

- El 61,43% de los participantes presentó depresión subclínica, siendo el nivel más bajo que puede registrar la escala utilizada.
- El 62,5% de los hombres presentaron depresión. Lo que infiere que en este grupo es susceptible de padecer esta enfermedad.
- El 68% de los Auxiliares de enfermería presentó depresión, seguido de los médicos con el 59,72%. Siendo más prevalente esta patología en los residentes que en los tratantes.
- No se evidenció diferencias importantes cuando se valoró las variables sociodemográficas como desencadenantes de esta enfermedad, que más bien depende de cada individuo, pero que hay ciertas variables como el tener una relación estable que podría ayudar como factor protector para no padecer esta dolencia.
- Se obtuvo como resultado que el tener mayor carga horaria podría ayudar como desencadenante de esta enfermedad, en la gran mayoría de los casos los participantes que trabajaban más de 40 horas casi en la totalidad de la muestra padecían depresión.
- En el presente estudio se evidenció que al aplicar un test de autoevaluación se debe tomar muy en cuenta a qué grupo está dirigido, qué características tiene y qué información puede arrojar de cada individuo que resuelva el test. Esto puede deberse al conocimiento previo de la herramienta utilizada.

## 6.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que futuras intervenciones tomen una muestra mas grande, la cual podría ser representativa de varias casas de salud, con la validación respectiva de la herramienta que fue usada, como el test de autoevaluación de Zung, el mismo podría servir para realizarse como tamizaje a nivel nacional.
- Es importante la realización de estudios con varias herramientas para abarcar a más población, cada una de ellas presenta características específicas y dirigidas a grupos poblacionales diferentes que caracterizaran respectivamente las mismas.
- De manera casi obligatoria se debería tomar en cuenta al momento de utilizar el test de Zung la historia clínica de cada paciente cuando se realice el tamizaje.
- Es importante el tamizaje para la detección temprana de esta patología, por la prevalencia en nuestro medio. Además de realizar el tamizaje en el personal de salud se podría evaluar y emprender campañas para mejorar el bienestar de cada individuo que labora en la rama médica y potencializar campañas como pausas activas jornadas laborales menores a ocho horas, condiciones estables, entre otros.
- Tomar en consideración el tiempo que cada individuo pasa realizando una actividad determinada en su trabajo ya que estas rutinas podrían desencadenar cuadros depresivos, los cuales con programas simples como pausas activas podrían cambiar la frecuencia de esta enfermedad.
- Realizar monitoreos frecuentes al personal de salud de cada institución médica, además de seguimiento y en los casos que ameriten tratamiento oportuno, esto ayudaría a disminuir el costo humano que con lleva el tener personal que padezca este tipo de trastornos
- No subestimar el potencial negativo que puede tener esta patología en la salud de los profesionales, la detección temprana ante signos y síntomas que puedan indicar el

desarrollo de esta enfermedad, ofertara un tratamiento oportuno.

- Se recomienda la creación de programas individuales y colectivos para la prevención socialización y detección de la enfermedad.
- Crear bases de datos que nos ayuden a determinar grupos que tengan mayor riesgo de padecer esta enfermedad, además de implementar programas de monitoreo para estos individuos.
- El presente estudio permite dar paso a futuras investigaciones con el objetivo de determinar los perfiles de riesgo para la presencia de depresión en los profesionales de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- AAP. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Aguilar Quimis, A. G., Guiracocha Peñaloza, A. J., & Salto Zhindon, M. d. J. (2015). *Prevalencia de depresión y factores asociados del personal que labora en el Hospital Militar, Cuenca 2014*. Licenciatura en Enfermería, Universidad de Cuenca, Cuenca-Ecuador. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21529/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
- Atocha-Abad, M. F., & Chiriboga-Heredia, J. J. (2017). *Aplicación de la Escala DASS-21 para comparar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en profesionales de salud de dos hospitales públicos de segundo nivel, durante el periodo de Mayo a Junio de 2017*. Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador. Retrieved from <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13954/Atocha%20%26%20Chiriboga%2c%202017%2003-10-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 74-80. Retrieved from [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100011&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&nrm=iso)
- Cassano, P., Cassem, N., Papakostas, G., Fava, M., & Stern, T. (2010). Mood-Disorders Patients *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* (Sexta ed., pp. 73-92). USA: Elsevier.
- Flint, J., & Kendler, Kenneth S. (2014). The Genetics of Major Depression. *Neuron*, 81(3), 484-503. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.01.027>
- González, H. M., Vega, W. A., Williams, D. R., Tarraf, W., West, B. T., & Neighbors, H. W. (2010). Depression Care in the United States: Too Little for Too Few. *Archives of general psychiatry*, 67(1), 37-46. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.168
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-los-trastornos-mentales-factores-13086324> doi:10.1157/13086324
- Heinze Martin, G., & Camacho Segura, P. V. (2010) Guía Clínica para el Manejo de la Depresión. *Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 109-114. doi: 10.1176/appi.ajp.163.1.109

- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174588/>
- Lara, M. A., Navarro, C., Mondragón, L., Rubí, N. A., & Lara, M. d. C. (2002). Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. *Salud mental*, 25(6), 13-20. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262502>
- Lerma-Martínez, V. L., Rosales-Arellano, G. V., & Gallegos-Alvarado, M. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. *Revista CONAMED*, 14(1), 5-10. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2009/cons091b.pdf>
- Londoño, C., Peñate, W., & González, M. (2016). Validación Diferencial y Discriminante del Cuestionario de Depresión para Hombres (CDH). *Terapia psicológica*, 34, 129-142. Retrieved from [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082016000200005&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000200005&nrm=iso)
- Londoño Pérez, C., & González Rodríguez, M. (2015). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329. doi: 10.14718/ACP.2016.19.2.13
- Montenegro-Bolaños, B. F., & Yumiseva-Marín, S. G. (2016). *Aplicación de la escala DASS-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en los meses de Julio-Agosto del 2016*. Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito-Ecuador. Retrieved from [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13926/TESIS%20APLICACION%20ESCALA%20DASS\\_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13926/TESIS%20APLICACION%20ESCALA%20DASS_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Muñoz Pascual, J. C., Delgado de Mendoza Ruiz, B., Romero Ruiz, A., Bermúdez Luque, J. C., & Cabrera Cobos, F. (2008). Agresiones al personal de los servicios de salud. *Enfermería Docente*, 89, 15-17. Retrieved from <http://www.index-f.com/edocente/89pdf/891517.pdf>
- Neira, X. (2010). *Violencia hacia el personal de salud en el ámbito laboral*. Licenciatura de Enfermería, Universidad Nacional de Córdoba, Mendoza, Argentina. Retrieved from [http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/NEIRA\\_Ximena.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/NEIRA_Ximena.pdf)
- NIMH. (2009). *Depresión*. NIH Retrieved from [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf).
- OMS. (2017). Depresión, from <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS. (2018). Depresión, from <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>

- OPS/OMS. (2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad, from [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926)<=es
- Palmer-Morales, Y., Prince-Vélez, R., Medina-Ramírez, M. C. R., & López-Palmer, D. A. (2017). Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en Educación Médica*, 6(22), 75-79. doi: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.08.001>
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.1552
- Zimmerman, M., & D'avanzato, C. (2018). Depression, Major *Ferri's Clinical Advisor* (pp. 371-372). USA: Elsevier.

## TABLAS

**Tabla 10.** Frecuencias y porcentajes de depresión en los participantes del estudio.

<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	86	61,43
No	54	38,57
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 11.** Frecuencias y porcentajes del grado de depresión en los participantes del estudio.

<b>Grado/nivel de depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Depresión ausente	54	38,57
Depresión subclínica y variantes normales	86	61,43
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

**Tabla 12.** Estadísticos descriptivos de las variables numéricas analizadas en el estudio.

<b>Indicadores</b>	<b>Puntaje escala de Zung</b>	<b>Edad</b>	<b>Número de hijos</b>	<b>Tiempo* de ejercicio profesional</b>	<b>Tiempo* que trabaja en IESS</b>	<b>Sueldo</b>
Media	29,14	38,45	1,81	142,71	58,73	1613,11
Mediana	27,00	35,00	2,00	99,50	36,00	1550,00
Moda	20	30	1	48	12	1200
Desviación estándar	7,570	9,617	0,871	114,420	76,159	747,967
Mínimo	20	21	1	12	2	408
Máximo	51	60	5	456	456	4000
Tamaño de muestra	140	140	84	140	140	140

\* Tiempo en meses

**Tabla 13.** Frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas de los participantes del estudio.

<b>Variables sociodemográficas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	Femenino	100	71,43
	Masculino	40	28,57
	<b>Total</b>	140	100,00
<b>Nivel de educación</b>	Secundaria	25	17,86
	Pregrado	64	45,71
	Posgrado	51	36,43
	<b>Total</b>	140	100,00
<b>Estado civil</b>	Soltero	50	35,71
	Pareja estable (unión libre y casado)	78	55,71
	Divorciado	10	7,14
	Viudo	2	1,43
	<b>Total</b>	140	100,00
<b>Tienen hijos</b>	Si	83	59,29
	No	57	40,71
	<b>Total</b>	140	100,00
<b>Lugar de residencia</b>	Norte de la ciudad	95	67,86
	Sur de la ciudad	10	7,14
	Centro de la ciudad	10	7,14
	Valles	25	17,86
	<b>Total</b>	140	100,00

**Tabla 14.** Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según profesión.

<b>Profesión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Medicina	72	51,43
Enfermería	21	15,00
Auxiliar de enfermería	25	17,86
Bioquímica clínica	14	10,00
Imagenólogo	8	5,71
<b>Total</b>	140	100

**Tabla 15.** Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según el gremio al que pertenece.

<b>Gremio al que pertenece</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Tratantes	41	29,29
Residentes	31	22,14
Enfermeras	21	15,00
Auxiliares de enfermería	25	17,86
Imagen y/o laboratorio	22	15,71
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 16.** Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según área de trabajo.

<b>Área en que trabaja</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Consulta externa	67	47,86
Emergencia	50	35,71
Imagen	9	6,43
Laboratorio	14	10,00
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 17.** Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según la presencia de enfermedades crónicas.

<b>Enfermedad crónica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	28	20,00
No	112	80,00
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 18.** Frecuencias y porcentajes de los participantes que tienen una enfermedad crónica según el tipo de la misma.

<b>Tipo de enfermedad crónica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Metabólicas	14	50,00
HTA	6	21,43
Degenerativas	3	10,71
Inmunológicas	2	7,14
Gastrointestinales	2	7,14
Neurológicas	1	3,57
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 19.** Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según antecedentes de depresión.

<b>Antecedentes familiares de depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	34	24,29
No	106	75,71
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 20.** Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según practica alguna religión.

<b>Practica alguna religión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	107	76,43
No	33	23,57
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 21.** Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según el tipo de religión que practican.

<b>Tipo de religión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Católica	88	82,24
Otras	19	17,76
<b>Total</b>	<b>107</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 22.** Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según carga horaria en la institución.

<b>Carga horaria a la semana</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hasta 40 horas	125	89,29
Más de 40 horas	15	10,71
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 23.** Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según si trabaja fuera de la institución.

<b>Trabaja fuera de la institución</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	49	35,00
No	91	65,00
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 24.** Frecuencias y porcentajes de los participantes del estudio según el tipo de trabajo que desempeña fuera de la institución.

<b>Tipo de trabajo fuera de la Institución</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Consulta privada	28	57,14
Docencia	5	10,20
Otra institución	16	32,65
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 25.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y profesión de los participantes del estudio.

		<b>Depresión (N)</b>		<b>Total</b>
		Si	No	
<b>Profesión</b>	Medicina	44	28	72
	Enfermería	12	9	21
	Auxiliar de enfermería	17	8	25
	Bioquímica clínica	10	4	14
	Imagenólogo	3	5	8
	<b>Total</b>	86	54	140

$$X^2_{gl:4} = 3,146, p = 0,534$$

**Tabla 26.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y el gremio de los participantes del estudio.

		<b>Depresión (N)</b>		<b>Total</b>
		Si	No	
<b>Gremio al que pertenece</b>	Tratantes	23	18	41
	Residentes	20	11	31
	Enfermeras	12	9	21
	Auxiliares de enfermería	17	8	25
	Imagen/Laboratorio	14	8	22
	<b>Total</b>	86	54	140

$$X^2_{gl:4} = 1,280, p = 0,865$$

**Tabla 27.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y el área de trabajo.

		<b>Depresión (N)</b>		<b>Total</b>
		Si	No	
<b>Área en que trabaja</b>	Consulta externa	42	25	67
	Emergencia	29	21	50
	Imagen y/o laboratorio	15	8	23
	<b>Total</b>	86	54	140

$$X^2_{gl:2} = 0,432, p = 0,806$$

**Tabla 28.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y carga horaria en la institución.

		Depresión (N)		Total
		Si	No	
Carga horaria a la semana	Más de 40 horas	10	5	15
	Hasta 40 horas	76	49	125
	<b>Total</b>	86	54	140

$X^2_{gl:1} = 0,195, p = 0,659; Prueba\ exacta\ de\ Fisher = 0,783$

**Tabla 29.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y si trabaja fuera de la institución.

		Depresión (N)		Total
		Si	No	
Trabaja fuera de la Institución	Si	31	18	49
	No	55	36	91
	<b>Total</b>	86	54	140

$X^2_{gl:1} = 0,107, p = 0,743; Prueba\ exacta\ de\ Fisher = 0,856$

**Tabla 30.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y el tipo de trabajo que realiza fuera la institución.

		Depresión (N)		Total
		Si	No	
Tipo de trabajo fuera de la institución	Consulta privada	15	13	28
	Docencia	4	1	5
	Otra institución	12	4	16
	<b>Total</b>	31	18	49

$X^2_{gl:2} = 2,683, p = 0,261$

**Tabla 31.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y antecedentes familiares de depresión de los participantes del estudio.

		Depresión (N)		Total
		Si	No	
Antecedentes familiares de depresión	Si	25	9	34
	No	61	45	106
Total		86	54	140

$X^2_{gl:1} = 2,775, p = 0,096; Prueba\ exacta\ de\ Fisher = 0,109$

**Tabla 32.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y padecer enfermedad crónica de los participantes del estudio.

		Depresión (N)		Total
		Si	No	
Enfermedad crónica	Si	20	8	28
	No	66	46	112
Total		86	54	140

$X^2_{gl:1} = 1,447, p = 0,224; Prueba\ exacta\ de\ Fisher = 0,280$

**Tabla 33.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y tener hijos de los participantes del estudio.

		Depresión (N)		Total
		Si	No	
Presencia de hijos	Si	51	32	83
	No	35	22	57
Total		86	54	140

$X^2_{gl:1} = 0,000, p = 0,996; Prueba\ exacta\ de\ Fisher = 1,00$

**Tabla 34.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y sexo de los participantes del estudio.

		Depresión (N)		Total
		Si	No	
Sexo	Femenino	61	39	100
	Masculino	25	15	40
	<b>Total</b>	86	54	140

$X^2_{gl:1} = 0,027, p = 0,869$ ; Prueba exacta de Fisher = 1,00

**Tabla 35.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y el nivel de educación de los participantes del estudio.

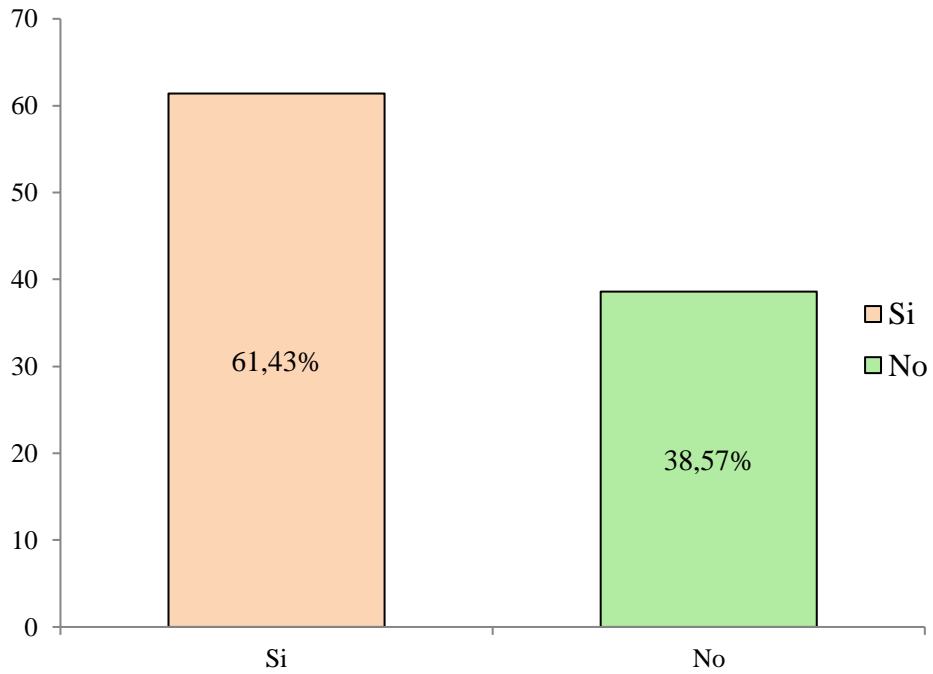
		Depresión (N)		Total
		Si	No	
Nivel de educación	Secundaria	17	8	25
	Pregrado	38	26	64
	Posgrado	31	20	51
	<b>Total</b>	86	54	140

**Tabla 36.** Resumen del análisis de contingencia entre la presencia de depresión y estado civil de los participantes del estudio.

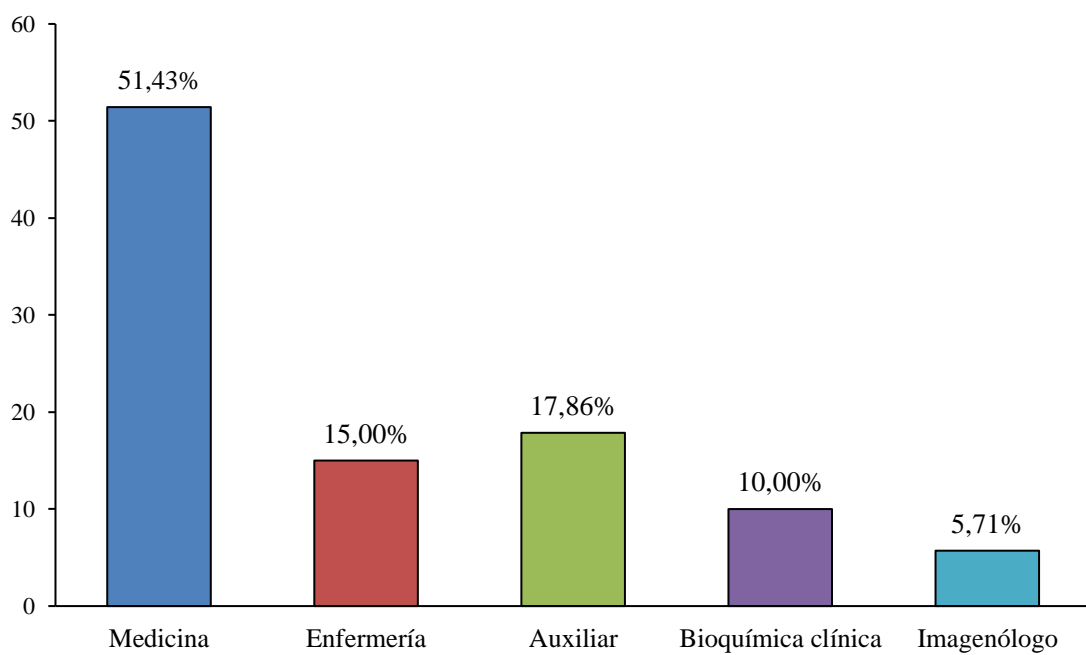
		Depresión (N)		Total
		Si	No	
Estado civil	Soltero	30	20	50
	Pareja estable (unión libre y casado)	47	31	78
	Divorciado	7	3	10
	Viudo	2	0	2
	<b>Total</b>	86	54	140

$X^2_{gl:3} = 1,654, p = 0,647$

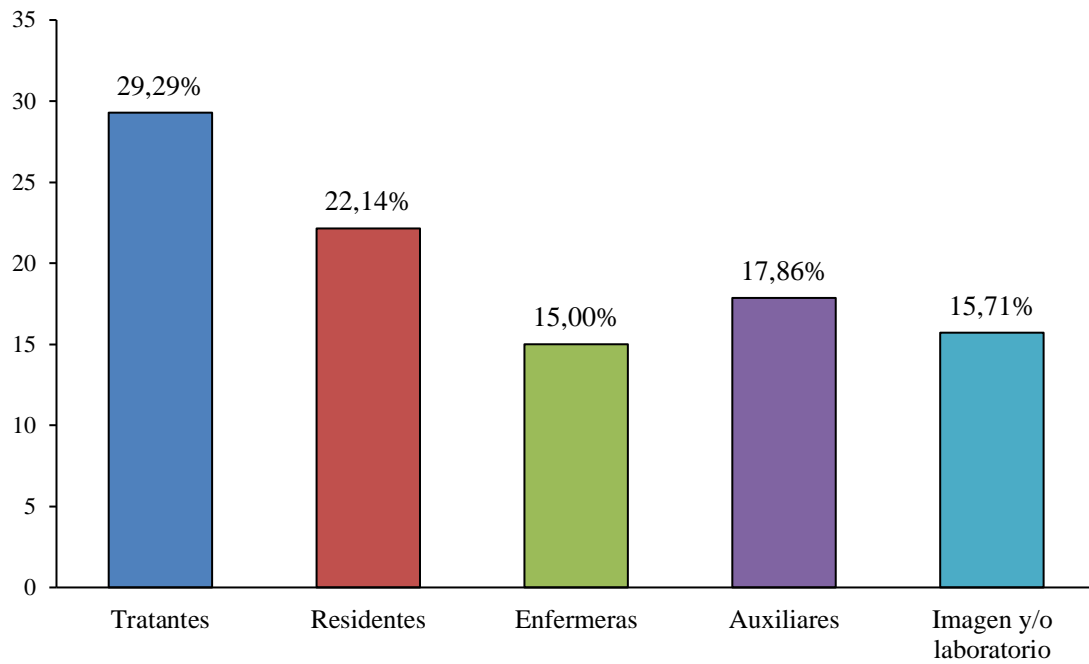
## FIGURAS



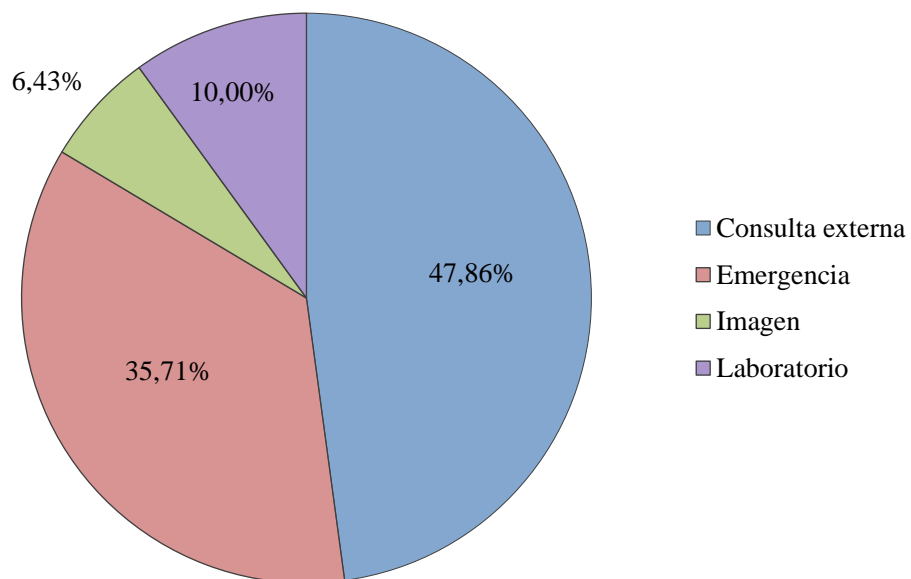
**Figura 1.** Distribución de los participantes según el grado/nivel de depresión ( $n = 140$ ).



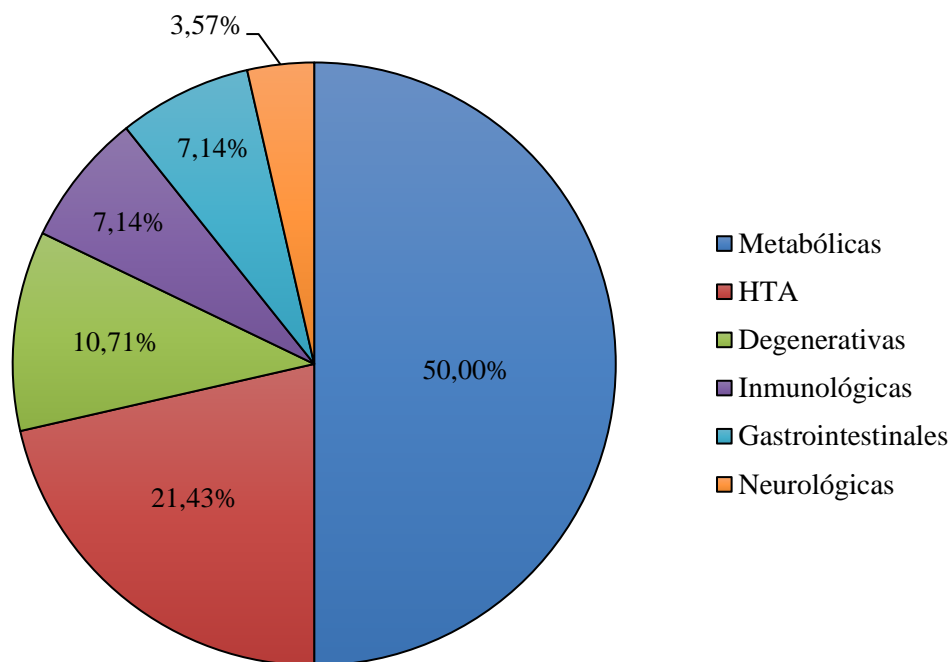
**Figura 2.** Distribución de los participantes según profesión ( $n = 140$ ).



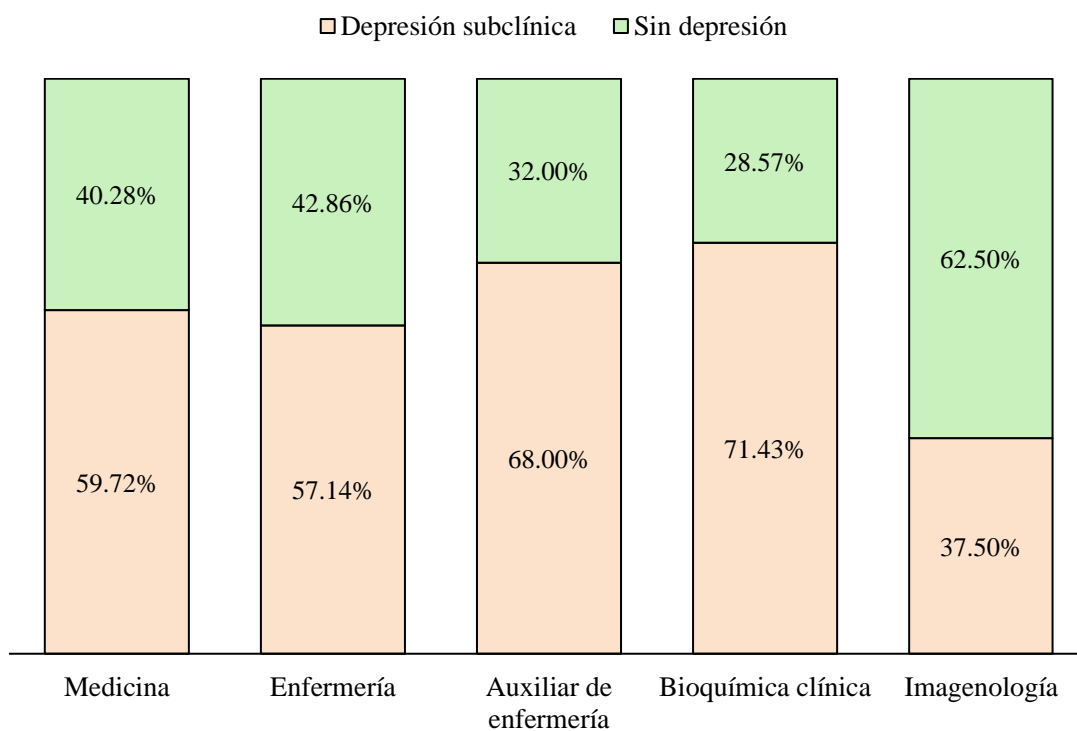
**Figura 3.** Distribución de los participantes según el gremio al que pertenece ( $n = 140$ ).



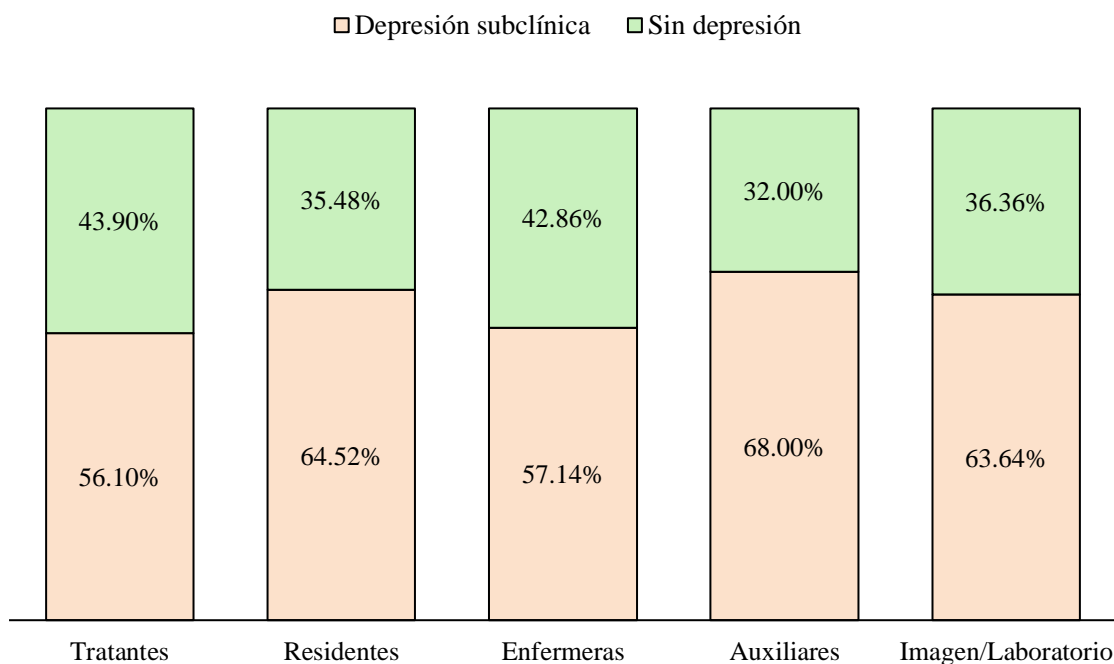
**Figura 4.** Distribución de los participantes según el área de trabajo ( $n = 140$ ).



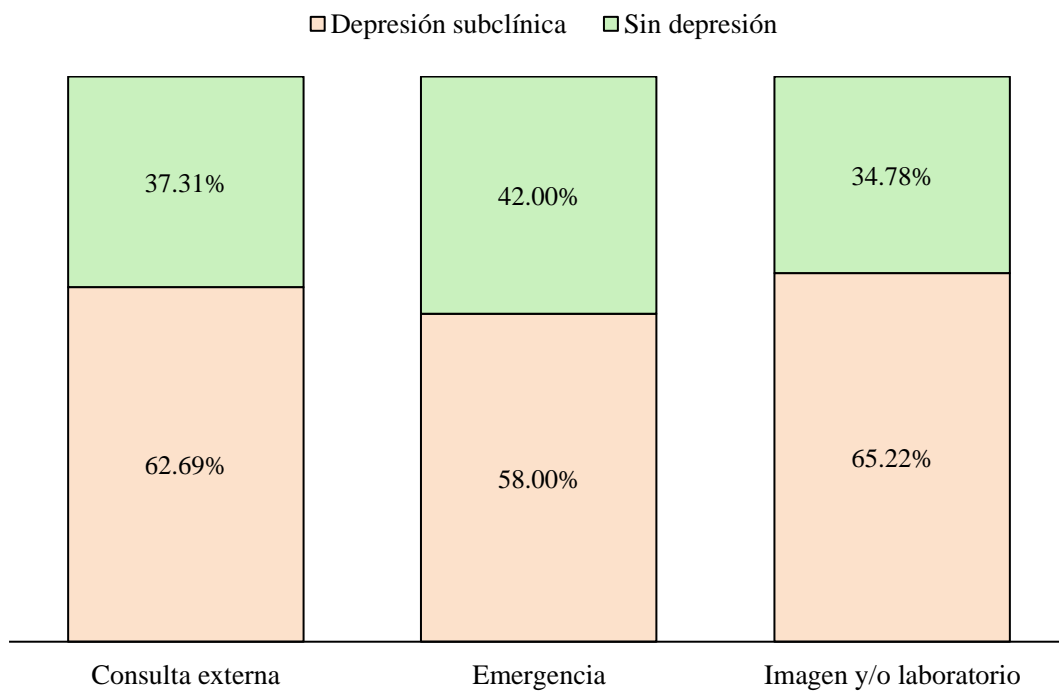
**Figura 5.** Distribución del tipo de enfermedad crónica en los participantes ( $n = 28$ ).



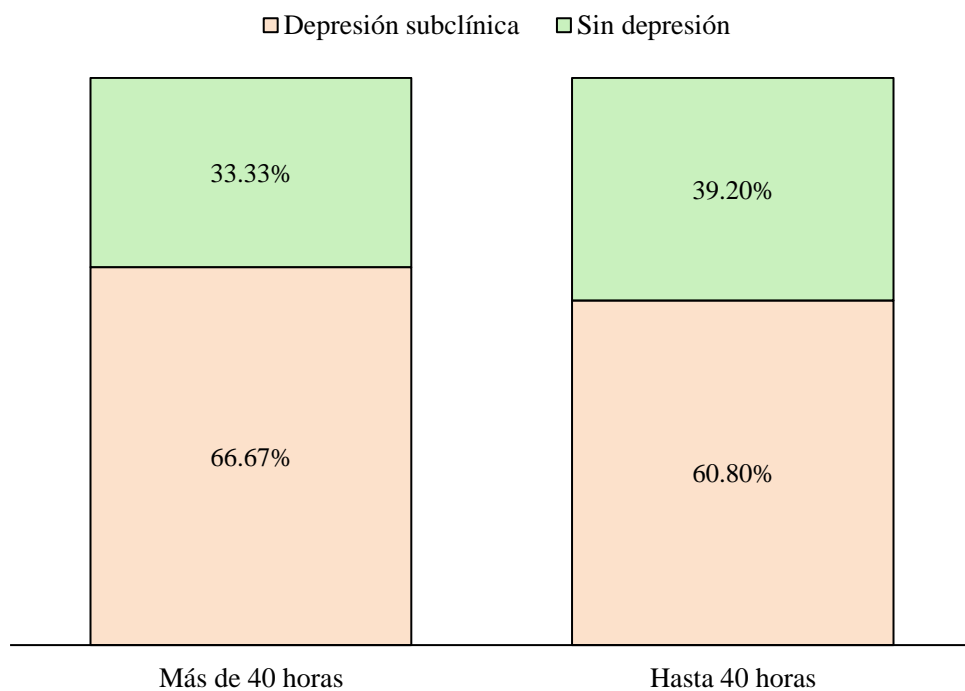
**Figura 6.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según su profesión ( $n = 140$ ).



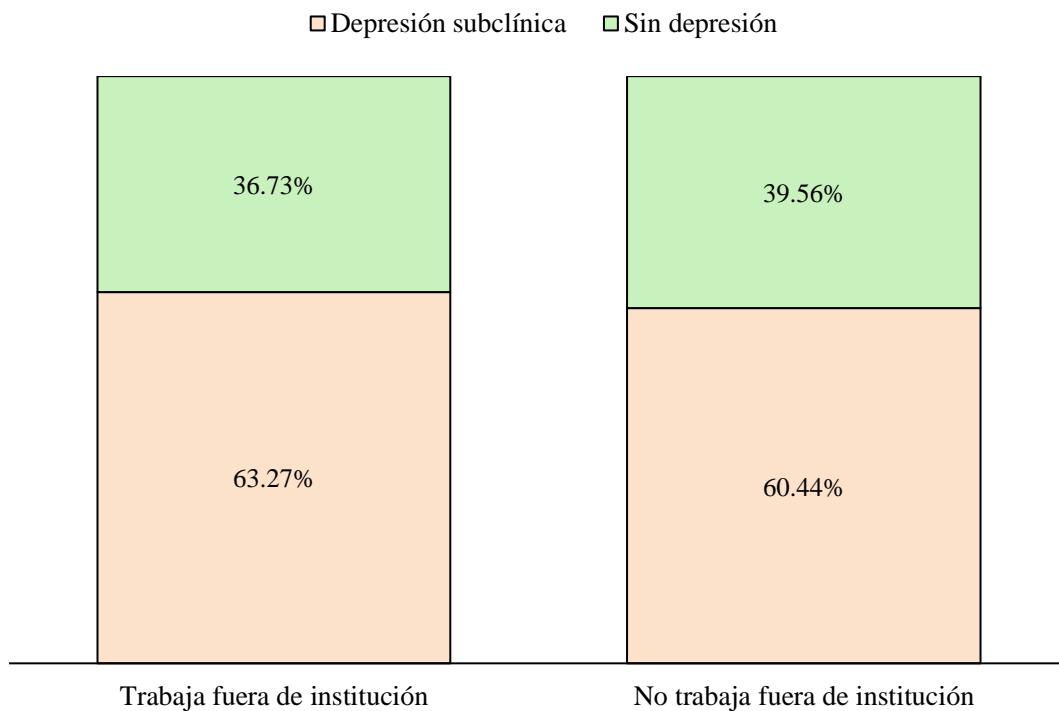
**Figura 7.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según el gremio al que pertenece (n = 140).



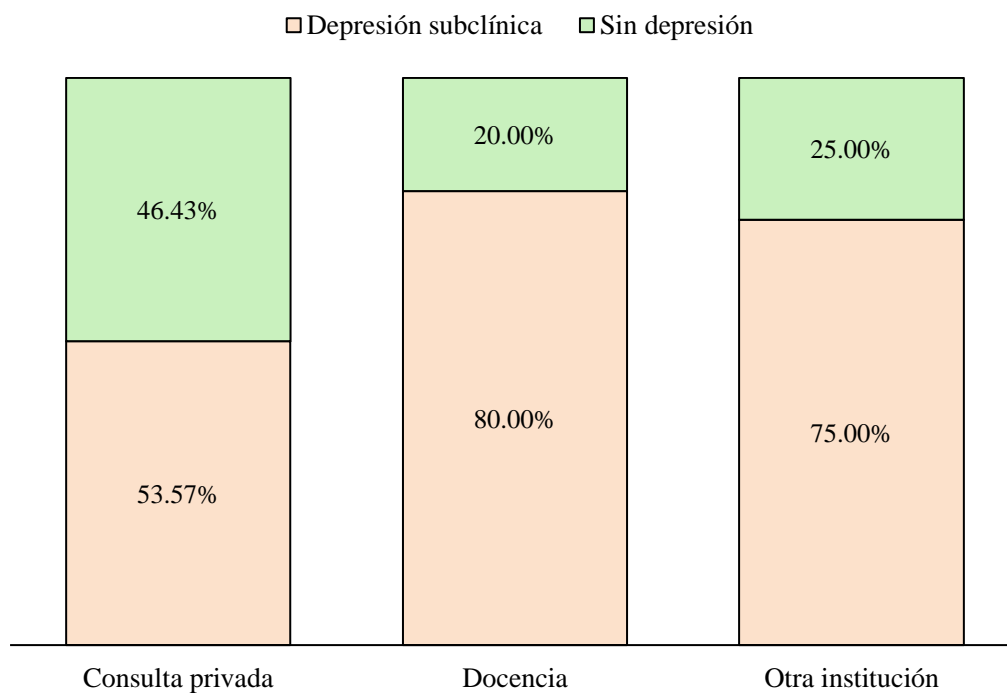
**Figura 8.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según área en la que trabaja (n = 140).



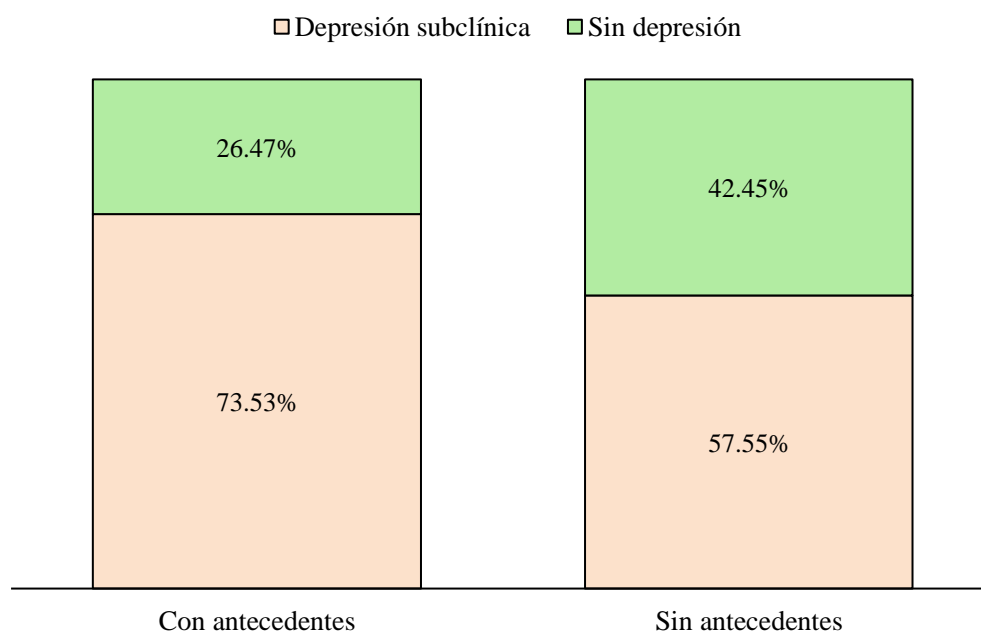
**Figura 9.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según su carga horaria ( $n = 140$ ).



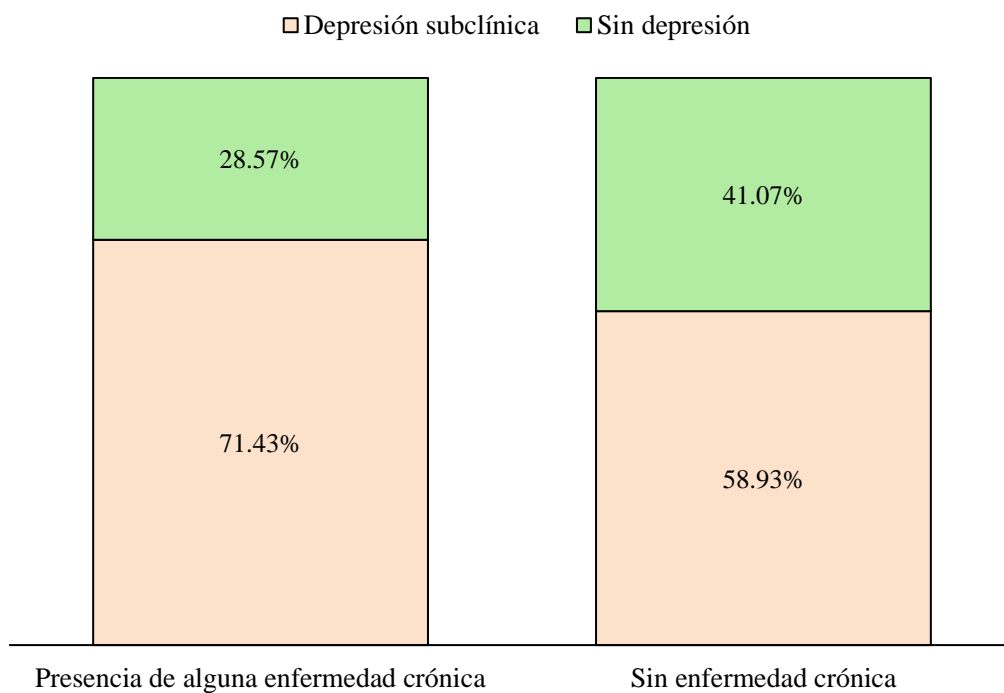
**Figura 10.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según si trabaja fuera de la institución ( $n = 140$ ).



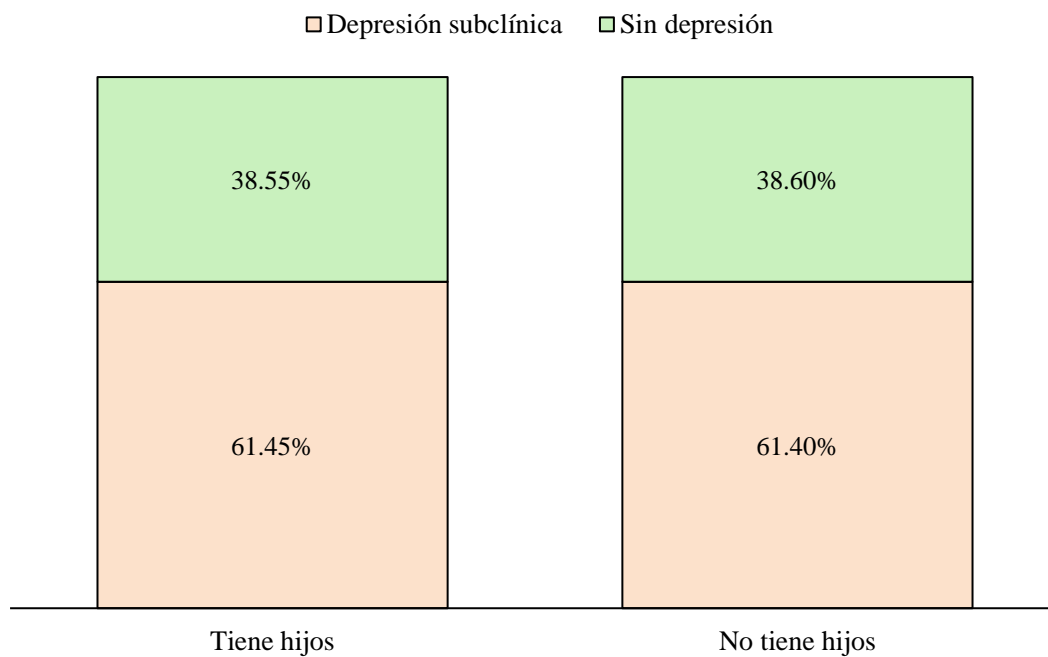
**Figura 11.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según el tipo de trabajo que realiza fuera de la institución ( $n = 49$ ).



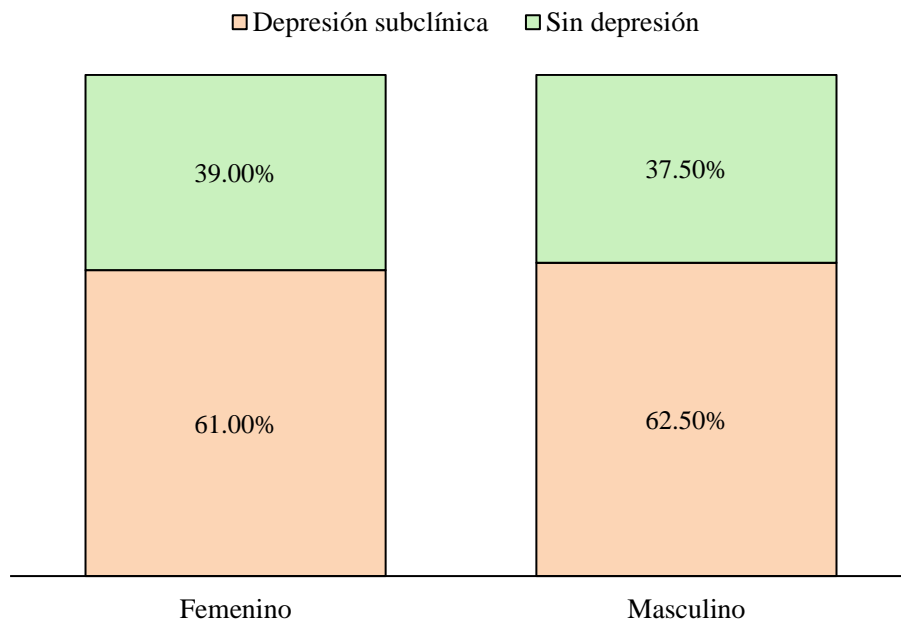
**Figura 12.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según la presencia de antecedentes familiares de depresión ( $n = 140$ ).



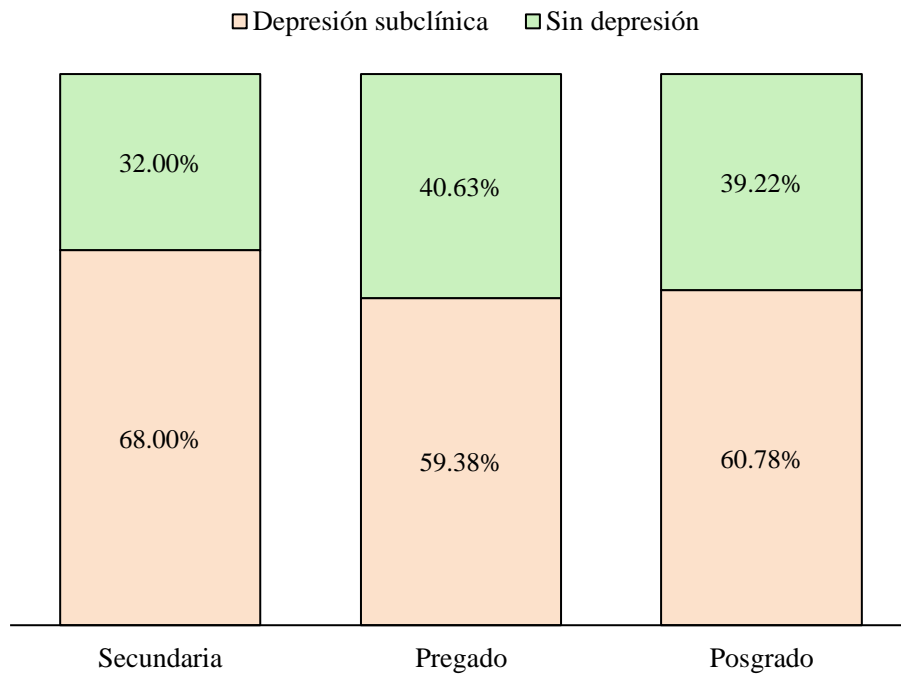
**Figura 13.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según la presencia de enfermedad crónica ( $n = 140$ ).



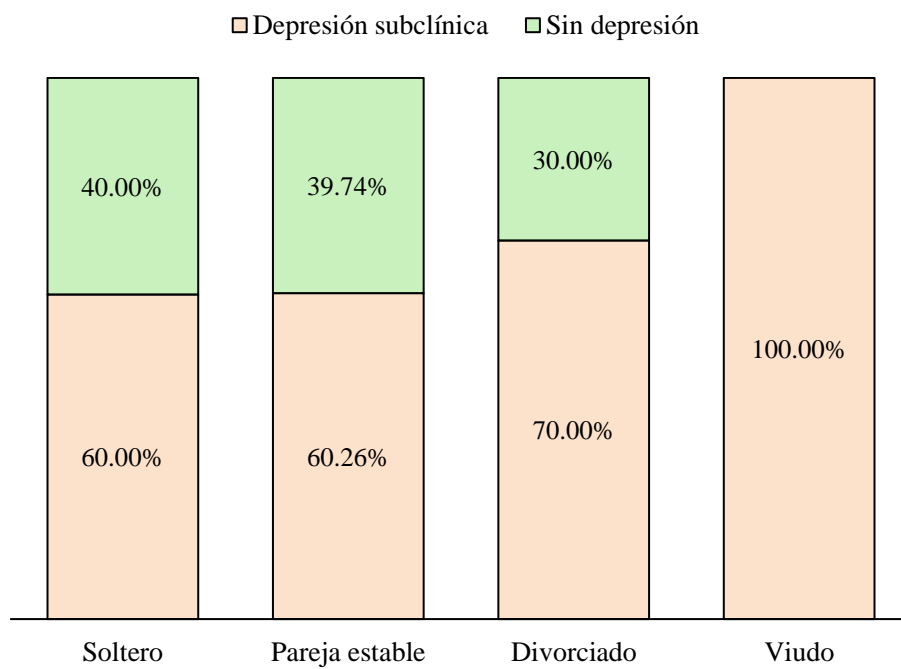
**Figura 14.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según la presencia de hijos ( $n = 140$ ).



**Figura 15.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según sexos ( $n = 140$ ).



**Figura 16.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según el grado de escolaridad ( $n = 140$ ).



**Figura 17.** Distribución de la presencia de depresión en los participantes agrupados según estado civil ( $n = 140$ ).

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento Informado.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige al personal de salud del Hospital del día Del Batán (IESS)-QUITO, a quienes se les invita a participar en la investigación: “DEPRESIÓN Y SU GRADO DE ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DEL DÍA DEL BATÁN (IESS)-QUITO, EN EL PERIODO MARZO-ABRIL 2018”

#### **Investigador:**

Jairo Efraín Lozada Valencia

Egresado de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

#### **Tutora:**

Ana María Troya Zuleta, M. Sc.

Estoy investigando acerca de la DEPRESIÓN Y SU GRADO DE ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DEL DÍA DEL BATÁN (IESS)-QUITO, EN EL PERIODO MARZO-ABRIL 2018.

Le invito cordialmente a participar en esta investigación y le daré información acerca de la misma. Es posible que haya palabras que no entienda, de ser así me detiene y me daré un tiempo para explicarle. Si tiene alguna duda puede preguntar al investigador.

La depresión es definida como un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009). puede interferir con la vida diaria y el desempeño normal de una persona, llegando a la anhedonia (Asociacion americana de psiquiatria , 2013).

En América Latina, cerca de 50 millones de personas viven con depresión (OPS/OMS, 2017).

Es un trastorno que muchas de las veces no se logra identificar con facilidad, (Cruz, 2006).

Además se ha obsevado que influye en gran medida la jerarquia eso determinará la carga horaria y el trato del superior a su subordinado (Tyrone & Rosario, 2016)

Sin embargo "incluso la depresión más grave se puede superar con un tratamiento adecuado". (OPS, 2017)

Para su diagnóstico se realiza anamnesis completa, examen físico adecuado y exámenes de laboratorio e imagen, (NIMH, 2009).

El tratamiento de esta enfermedad requiere de un enfoque integral, ya que es una enfermedad multifactorial.

Estoy realizando esta encuesta al personal de salud (Médicos tratantes, médicos residentes, internos de medicina, enfermeras, auxiliares de enfermería) que laboren en el hospital del día del Batan IESS (QUITO). Su participación en esta investigación es absolutamente voluntaria. Usted podrá elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de opinión y dejar de participar aun cuando ya haya aceptado antes. Es su elección y todos sus derechos serán respetados. Esta investigación incluye el llenado de una encuesta con preguntas dirigidas al personal de salud mencionados, las preguntas se encuentran detalladas y fueron tomadas del test de Zung el cual es un test que sirve para ayuda diagnóstica de depresión y sus grados. El llenado de esta encuesta puede durar entre 5 a 10 minutos aproximadamente. Si es necesario cada pregunta será explicada cuando usted lo requiera.

No se compartirá la identidad de aquellas que participen en la investigación. La información se conservará de manera confidencial y únicamente el investigador tendrá acceso a la misma.

Cualquier información acerca de usted tendrá un código alfa numérico en lugar de su nombre.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de realizar preguntas confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: **Jairo Efraín Lozada Valencia**

Firma del investigador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Anexo 2. Encuesta sociodemográfica aplicada en el estudio.

**DEPRESIÓN Y SU GRADO DE ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DEL DÍA DEL BATÁN (IESS), EN EL PERIODO ABRIL-JUNIO, 2018**

CÓDIGO

LA PRESENTE ENCUESTA ESTÁ DIRIGIDA A PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL DEL DÍA DEL BATÁN (IESS), TIENE COMO OBJETO CONOCER LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN. EL LLENADO DE LA MISMA PUEDE DURAR ENTRE 5 A 15 MINUTOS APROXIMADAMENTE. SI ES NECESARIO CADA PREGUNTA SERÁ EXPLICADA CUANDO USTED LO REQUIERA.

A continuación encontrará una serie de preguntas, en caso de ser necesario seleccione o marque con una X la opción con la cual respondería la pregunta.

Sexo : Femenino  Masculino  Edad : \_\_\_\_\_ (AÑOS CUMPLIDOS)

Nivel de educación:

Ninguno  Primaria  Secundaria  Universidad  Posgrado

Estado Civil:

Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Unión libre

Tiene hijos: SI  NO  Cuántos hijos tiene: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia:

Norte  Centro  Sur  Valles

Número de personas con las que vive: \_\_\_\_\_

Padece de alguna enfermedad crónica: SI  NO

Cuál(es): \_\_\_\_\_

Alguien en su familia, ha presentado depresión: SI  NO

Practica alguna religión: SI  NO Cuál: \_\_\_\_\_

Cuál es su profesión:

Médico/a  Enfermero/a  Auxiliar  Laboratorio clínico  Imagenólogo

Desde hace cuánto tiempo ejerce su profesión: AÑOS  MESES

Tiempo que trabaja en la Institución: AÑOS  MESES

DEPRESIÓN Y SU GRADO DE ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DEL DÍA DEL BATÁN (IESS), EN EL PERIODO ABRIL-JUNIO, 2018

CÓDIGO

En qué área trabaja:

Consulta externa     Emergencia     Laboratorio clínico     Imágenes

Cuántas horas a la semana trabaja:

40 horas     45 horas     50 horas     Más de 50 horas

Aproximadamente cuánto es su salario: \_\_\_\_\_

Si usted es médico, por favor indique si es:      Tratante       Residente

Cuál es su especialidad: \_\_\_\_\_

Trabaja fuera de la Institución:      SI       NO

El trabajo que desempeña fuera de la Institución es:

Consulta privada     Docencia     Otra institución de salud

### Anexo 3. Test de Zung

#### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

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

**Anexo 4.** Carta de aceptación de para la realización del trabajo de titulación.



Quito 17 de abril del 2018

Sr. Alexis Rivas Toledo, PhD  
RESPONSABLE UNIDAD DE TITULACION  
FACULTAD DE MEDICINA – PUCE


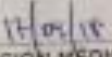
Con oficio fecha 5 de marzo del 2018 emitido por su persona en donde indica:

*"Por medio del presente informo a ud, que el señor estudiante Larodo Valencia Jairo con cedula 1714755780, alumno de la Facultad, cuenta con tema de trabajo de Titulación ACEPTADO por esta unidad.*

*El título es el siguiente:*

***DEPRESION Y SU GRADO DE ASOCIACION CON VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DEL DÍA EL BATÁN (IESS) – QUITO, EN EL PERIODO ABRIL – JUNIO 2018.***

Tengo a bien indicar, que tras el análisis del tema, esta dirección médica acepta la realización del estudio en los profesionales de salud de la unidad.

  
María Estrella Castiblanco MSc, M.P.H  
Directora Médica, Encargada  
CENTRO CLINICO QUIRURGICO HOSPITAL DEL DÍA EL BATÁN  
  
DIRECCION MEDICA

**Anexo 5.** Carta de aprobación del protocolo de investigación por parte del Subcomité de Bioética de la facultad de Medicina – PUCE.

SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Quito, 14 de mayo de 2018

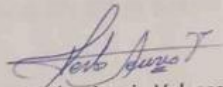
CB-137-2018

Señor  
Jairo Efraín Lozada Valencia  
Estudiante de Pregrado de la Facultad de Medicina de la PUCE  
Presente.-

De nuestra consideración:

Por medio de la presente el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve **Aprobar** el proyecto titulado: **"DEPRESIÓN Y SU GRADO DE ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DEL DÍA DEL BATÁN (IESS)-QUITO, EN EL PERIODO ABRIL-JUNIO 2018"**

Atentamente,



Dr. Carlos Acurio Velasco  
Subcomité de Bioética  
Facultad de Medicina PUCE