



FACULTAD DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO LABORAL EN PERSONAL SANITARIO DE LA PROVINCIA DE PASTAZA PERIODO SEPTIEMBRE 2021 - AGOSTO 2022”

Profesor

Verónica Anavel Inuca Tocagón

Autores

Andrea Fernanda Miranda Villagómez
Silvia Elizabeth Váscquez Toaza

2022

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión y su relación con factores de riesgo socio-demográficos y laborales en el personal de salud perteneciente al distrito 16D01 Mera- Santa Clara - Pastaza, en el periodo septiembre 2021 – agosto 2022.

Método: Se utilizó un diseño observacional de tipo descriptivo transversal. El tamaño de la muestra fue de 200 trabajadores. Se aplicó un formulario tipo encuesta para la recolección de datos demográficos y laborales, complementando con el cuestionario PHQ9 que permitió determinar la presencia de síntomas depresivos. Los datos fueron analizados mediante la herramienta Epi Info en cuanto a frecuencias, porcentajes y prueba de Chi² con el fin de establecer la asociación entre las variables definidas.

Resultado: De los 200 participantes, la mayoría eran mujeres (54%), menores de 40 años (93%), con título de tercer nivel o superior (95%), médicos (54.5%), con una única función laboral (74%), bajo contrato temporal (88.5%), con fácil acceso al lugar de trabajo (55%), horario de 5 días laborales y 2 de descanso (68%), antigüedad laboral <5 años (89,5%) y expuestos a COVID-19 en los últimos 4 meses (87,5%). El 37% presentó síntomas de depresión. Los análisis bivariados, muestran una asociación significativa en función de la edad, el sexo, el tipo de contrato y la antigüedad laboral.

Conclusiones: La prevalencia de depresión en la población fue 37%, la misma que estuvo asociada a factores como pertenecer al sexo femenino, tener menos de 40 años de edad, antigüedad laboral menor a 5 años y laborar bajo contrato de tipo temporal. Es necesario implementar medidas preventivas, además de un tamizaje temprano para evitar posibles consecuencias negativas producto de un trastorno depresivo no tratado.

Palabras clave: salud mental, trabajadores de la salud, riesgo laboral, depresión

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of depression and its relationship with sociodemographic and occupational risk factors in health personnel belonging to the district 16D01 Mera-Santa Clara- Pastaza, in the period September 2021 - August 2022.

Method: A descriptive and cross-sectional observational design was used. The sample size was 200 workers. A survey was applied for the collection of demographic and labor data, complemented with the PHQ9 questionnaire that allowed determining the presence of depressive symptoms. The data was analyzed using the Epi Info tool in terms of frequencies, percentages and the Chi2 test to establish the association between the variables of interest.

Results: Of the 200 participants, the majority were women (54%), under 40 years old (93%), with a third level degree or higher (95%), doctors (54.5%), with a single job function (74%), working under a temporary contract (88.5%), with easy access to the workplace (55%), a schedule of 5 working days and 2 days off (68%), working for less than 5 years (89.5%) and exposed to COVID-19 in the last 4 months (87.5%). 37% presented symptoms of depression. The bivariate analyzes show a significant association based on sex, age, type of contract and time worked.

Conclusions: The prevalence of depression in the population was 37%, which was associated with factors such as being female, being under 40 years of age, working seniority of less than 5 years, and working under a temporary contract. It is necessary to implement preventive measures, and early screening in order to avoid possible negative consequences resulting from an untreated depressive disorder.

Key words: mental health, health workers, occupational risk, depression

ÍNDICE DEL CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	7
Revisión de la literatura	8
1. Trastorno depresivo	8
2. Depresión en el ámbito laboral	13
3. Depresión en profesionales de salud	14
4. Depresión en tiempos de COVID-19	16
Pregunta de investigación.	17
Objetivos.	17
Objetivo general:	17
Objetivos específicos:	17
JUSTIFICACIÓN	18
APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA	20
Población y muestra:	20
Diseño del estudio y metodología:	20
Análisis estadístico:	21
RESULTADOS	22
Características demográficas:	22
Características laborales	24
Asociación de factores de riesgo:	28
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN	30
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
ANEXOS	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de la población	22
Tabla 2. Características laborales de la población	24
Tabla 3. Grados de depresión en la población según cuestionario PHQ9	26
Tabla 4. Análisis bivariado de las características sociodemográficas y laborales de los trabajadores del distrito 16D01	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Población por sexo y grupo etario	23
Gráfico 2. Población por nivel de instrucción	23
Gráfico 3. Población por profesión.....	24
Gráfico 4. Población por función laboral que realiza y tipo de contrato	25
Gráfico 5. Población por accesibilidad a sus puestos de trabajo	25
Gráfico 6. Población por tiempo de trabajo en la institución o antigüedad laboral	26
Gráfico 7. Población según la exposición directa a COVID-19 en los últimos 4 meses.....	26
Gráfico 8. Distribución de los grados de depresión según la profesión	27

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) puntualiza el concepto de salud mental como un estado de total bienestar mental subjetivo, que otorga a cada persona la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Este concepto no solo se refiere a la ausencia de trastornos mentales sino también a la integración de habilidades que permiten enfrentar de la mejor manera posible las diferentes situaciones que se van presentando en el diario vivir.

Los problemas de salud mental pueden afectar a cualquier individuo sin importar su condición o estilo de vida, por esta razón el prevenir el desarrollo de trastornos mentales a futuro se convierte en un desafío importante para la salud pública.

Existen ciertos factores que pueden aumentar de forma significativa la prevalencia de enfermedades mentales como la pobreza, desempleo, bajo nivel de escolaridad, personas que sufrieron algún tipo de violencia en su vida, maltrato o abandono, migrantes, refugiados, etc. (OMS, 2004)

En un análisis sistemático enfocado al estudio de la carga mundial de esta morbilidad, Ferrari (2022) concluyó que, los trastornos mentales se hallan entre las 10 principales causas de carga global de enfermedad desde 1990. La depresión conjuntamente con la ansiedad ocupan los primeros lugares dentro de las causas contribuyentes a la morbilidad mundial, además de incrementar el total de años de vida ajustados por discapacidad.

Según la OMS, en el 2019, aproximadamente una de cada ocho personas padecía algún tipo de trastorno mental, durante el 2020 este número de individuos aumentó considerablemente a causa del COVID-19; se presentó un ascenso del 28% en casos de trastornos depresivos y del 26% en casos de ansiedad.

Revisión de la literatura

1. Trastorno depresivo

Los trastornos mentales abarcan un gran abanico de patologías que son clasificadas según su origen y sintomatología, entre los principales se encuentran:

- Trastorno depresivo: Se define como un estado de decaimiento, asociado a tristeza, anhedonia, alteración de sueño, falta de concentración y en casos graves puede presentarse ideación o intento suicida. Este cuadro afecta la capacidad de realizar actividades diarias, imposibilitando que el individuo pueda desenvolverse con normalidad. (OPS, 2017)

Dependiendo de su duración y otras características se puede identificar:

- Episodio depresivo mayor: Existe la presencia de síntomas y signos como un estado de ánimo deprimido, ausencia de sensación de placer al realizar actividades que antes disfrutaba y falta de la energía. Partiendo de la intensidad y gravedad del cuadro, se puede clasificar como leve, moderado o severo.
- Distimia: Se define como depresión leve persistente o crónica, presenta síntomas similares al episodio depresivo mayor, pero estos son menos intensos y tienen una mayor duración a través del tiempo.
- Otros trastornos de mentales: Entre los más relevantes se puede mencionar ansiedad, esquizofrenia, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos por trauma y estrés, trastornos producidos por el abuso de sustancias y adicciones, trastorno bipolar, etc. (OPS, 2017)

La depresión es un trastorno afectivo, que se caracteriza por variaciones en el estado de ánimo y se expresa por medio de síntomas cognitivos y físicos. Su origen puede deberse a causas primarias o secundarias como es el caso de pacientes oncológicos, enfermedades catastróficas, situaciones adversas, abuso

de sustancias, etc. (Corea del Cid, 2021). En base a información presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), este trastorno afecta a aproximadamente 280 millones de individuos, lo que representa al 3,8% de la población mundial y se presenta de forma predominante en el género femenino.

La etiología de los trastornos depresivos es desconocida, aunque diversos estudios determinan la presencia de factores genéticos determinados por la herencia y factores ambientales que engloban el contexto psicosocial. (Coryell, 2021)

Se ha determinado que la herencia es responsable del 50% de los casos de depresión. En diversas investigaciones se describe que esta alteración de la salud mental es más frecuente en familiares de primer grado de consanguinidad y en el caso de gemelos idénticos hay alta concordancia para la misma. (McIntyre et al., 2017)

Los factores psicosociales a los que se encuentra expuesto el individuo en el diario vivir, sumado a las situaciones de estrés, generalmente preceden a los episodios de depresión mayor. Es necesario considerar que estos acontecimientos en lo habitual no suelen provocar depresión intensa de duración prolongada, a menos que exista predisposición genética para padecer la enfermedad. (McIntyre et al., 2017)

El sexo femenino posee el riesgo más alto, pese a que aún no se ha logrado identificar el porqué de este fenómeno, existen hipótesis que lo podrían justificar:

- Mayor exposición y respuesta a las tensiones que se presentan de forma cotidiana
- Niveles elevados de monoamino oxidasa
- Mayor incidencia de disfunción tiroidea
- Cambios hormonales durante la menstruación y menopausia

Por otro lado, existen teorías más orgánicas para explicar el origen de esta patología, enfocadas en los cambios a nivel de las concentraciones de neurotransmisores, donde se identificó una regulación anormal de la

neurotransmisión serotoninérgica, colinérgica, glutamatérgica y catecolaminérgica. (McIntyre et al., 2017) (Coryell, 2021)

El Manual Estadístico Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-5), determina que la característica principal de la depresión es la alteración del humor, y según su permanencia en el tiempo y sintomatología se puede diferenciar principalmente en trastorno depresivo mayor, distimia y trastornos bipolares. (Corea del Cid, 2021).

La depresión es el resultado de la interacción compleja de diversos factores psicológicos, sociales, y biológicos, puede convertirse en un problema de salud bastante grave, principalmente cuando los episodios son reiterativos o se presentan en sus formas más graves. La persona afectada puede sentir un sufrimiento profundo, afectando sus actividades cotidianas pudiendo llevar en ocasiones al suicidio (OMS, 2021).

En general los trastornos depresivos no distinguen edad, pese a ello es común su desarrollo durante la adolescencia y a partir de los 30 a 40 años. Según la intensidad y severidad pueden clasificarse como leves, moderados o graves. (Villa, 2017)

El trastorno depresivo mayor es una patología clínicamente caracterizada por presentar una facie triste, decaimiento general, comisuras labiales desviada hacia abajo, indiferencia, disminución del contacto visual, anhedonia, escasos movimientos corporales, cambio y disminución en tono de voz, trastornos alimenticios, ceño fruncido, entre otros. La mezcla de estos signos y síntomas interfieren con las actividades laborales, el descanso adecuado, la concentración, los hábitos alimenticios y con la satisfacción de las actividades que previamente resultaban placenteras para el individuo. (Coryell, 2021)

El trastorno depresivo mayor incapacita a la persona que lo padece e impide que pueda desenvolverse con normalidad en sus actividades. Es común que el cuadro se acompañe con alteraciones de la conducta alimentaria y del sueño. (Coryell, 2021)

Según el DMS V “se confirma trastorno depresivo mayor con la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas”. (“Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos Del DSM-5”, 2013)

- Presentar durante la mayor parte del día un decaimiento
- Anhedonia o disminución del interés y gusto al realizar actividades que previamente resultaban placenteras.
- Aumento o disminución significativa de peso, es decir > 5% del peso corporal total o en su defecto alteración del apetito.
- Hipersomnia o insomnio
- Agitación psicomotriz o retraso psicomotor. Este signo debe ser apreciado por una tercera persona
- Cansancio o falta de energía
- Pensamientos de inutilidad y culpa
- Disminución en la capacidad de concentración y toma de decisiones
- Pensamientos de suicidio o intento autolítico.

En la literatura se establece que el paciente debe haber presentado este cuadro casi todos los días durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser la anhedonia. (Villa, 2017)

Una vez identificado el padecimiento de trastorno depresivo mayor, se debe categorizar la severidad del cuadro, para ello se puede hacer uso de los criterios descritos en la Clasificación Internacional de Enfermedades “CIE-10”, catalogando un padecimiento leve, moderado y severo. (MSP, 2017)

- Episodio depresivo leve: Se encuentran presentes 2 o 3 de los síntomas previamente definidos. El paciente se halla tenso, sin embargo, aún tiene la capacidad de realizar sus actividades diarias.
- Trastorno depresivo moderado: El paciente cursa un cuadro con cuatro o más de los síntomas identificados y existen marcadas dificultades para llevar a cabo sus actividades diarias.

- Episodio depresivo grave sin evidencia de síntomas de origen psicótico: Se identifican la clínica previamente descrita con una marcada intensidad, predomina especialmente la angustia, baja autoestima e ideas recurrentes de inutilidad y culpa. En esta clasificación son frecuentes las ideas suicidas e intentos autolíticos.
- Trastorno depresivo de gravedad con evidencia de síntomas psicóticos: Es similar al trastorno depresivo grave con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, etc. Todas estas condiciones imposibilitan las actividades sociales corrientes. Presencia de ideación suicida e intentos autolíticos, notable alteración de la conducta alimentaria con cuadros de hiperfagia o hipofagia lo que puede generar complicaciones por inanición y deshidratación.

Posterior al diagnóstico de la enfermedad, se debe optar por un tratamiento eficaz según la severidad del cuadro. La terapéutica va dirigida a distintos enfoques, entre ellos el régimen no farmacológico como la terapia cognitiva conductual, manejo de la patología por activación conductual y la psicoterapia interpersonal. Estos tratamientos se pueden ejecutar por medio de distintas metodologías como: intervención psicológica realizada por profesionales o terapeutas, en donde se dé una confrontación cara a cara, terapia individual o grupal, entre otras.

En caso de ser necesario se debe considerar el manejo farmacológico de la enfermedad por medio del uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o antidepresivos tricíclicos (ATC). Estos medicamentos deben usarse, con mucha cautela, únicamente en los casos de depresión de moderada a severa, no tienen que ser considerados como medicamentos de primera elección en cuadros leves y no deberían ser utilizados como terapéutica inicial del trastorno depresivo en pacientes pediátricos. (Coryell, 2021)

Todos los profesionales sanitarios que prescriban medicamentos antidepresivos deben conocer a profundidad los posibles efectos adversos de la medicación, así como sus posibles combinaciones e interacciones. (Villa, 2017)

2. Depresión en el ámbito laboral

El trabajo es una actividad clave para fomentar y mantener el buen estado de la salud, tanto física como mental. El individuo pasa gran parte de su vida su vida trabajando, por ello resulta clave que esta actividad se realice en condiciones favorables, que garanticen un ambiente óptimo, un salario justo, buenas relaciones laborales, etc.

Cuando el individuo que labora en determina actividad se encuentra expuesto a situaciones tales como: extenuantes jornadas laborales, supervisión insuficiente, falta de claridad en las directrices e instrucciones, entre otras, incrementa la probabilidad de presentar alteraciones en su salud mental. (Sierra, 2020)

En una revisión de la literatura que estudió los distintos efectos sobre la salud tanto física como emocional de los trabajadores expuestos a diversos factores de riesgo psicosociales y laborales, se evidenció que circunstancias desfavorables en el trabajo, interfieren en el funcionamiento normal del sistema cardiovascular, musculoesquelético, gastrointestinal y endócrino, así como un incremento en la incidencia de patologías como diabetes tipo 2 y desórdenes del sueño; del mismo modo promueven un empeoramiento en la salud mental, que posteriormente se expresa por medio de trastornos de depresión, ansiedad, etc.(Sierra, 2020)

La sintomatología depresiva genera una menor productividad, un incremento del absentismo laboral, y promueve el abuso de sustancias. A consecuencia de ello surge un incremento del uso de los distintos servicios de salud. (Castellón Leal et al., 2016)

3. Depresión en profesionales de salud

Si bien existen varios elementos que influyen en la prevalencia de depresión, se tiene conocimiento que los profesionales cuyo trabajo se basa en la interacción constante con personas que requieren de algún servicio o ayuda son los más susceptibles a adquirir alguna enfermedad mental, como es el caso del personal del área de la salud (Gherardi-Donato et al., 2015).

El trabajar en cualquier área perteneciente al campo de la salud enfrenta ciertos agentes estresantes como son; exceso de horas de trabajo, jornadas nocturnas o en fines de semana, gran exigencia o demanda psicológica que se relaciona con la atención de pacientes con patologías graves o críticas, limitada autonomía en situaciones agobiantes, etc. El personal sanitario, casi en la totalidad de los casos, tiene una gran carga laboral, además de exigencias psicológicas que logran amedrentar el estado mental desencadenando agotamiento emocional, estrés crónico, trastornos de depresión y ansiedad, entre otros. (da Silva et al., 2016).

En el primer nivel de atención, el cuerpo de trabajo está conformado por una amplia gama de profesionales, como: personal médico, obstetricia, enfermería, odontología, auxiliares de enfermería, etc. Todos esos funcionarios tienen un objetivo común que es el velar por el bienestar y la salud de sus pacientes.

En Ecuador, el Artículo 197 de la “Ley Orgánica de Salud” indica que “para la habilitación del ejercicio profesional y el registro correspondiente, los profesionales de salud deben realizar un año de práctica en las parroquias rurales o urbano marginales” (Ley Orgánica de Salud, 2015). Por este motivo cientos de profesionales deben movilizarse a distintas partes del país para realizar su año de salud rural. Estas condiciones crean una atmósfera de cambios constantes donde enfermedades, trastornos mentales, entre otros, se vuelven cada vez más frecuentes.

Bajo estas condiciones un factor determinante, a tomar en cuenta es la incertidumbre laboral, pues en su mayor parte, los profesionales de la salud, laboran bajo contratos temporales, y solamente unos pocos cuentan con nombramiento. Esta inseguridad laboral puede ser la fuente de una ausencia de motivación, el cumplimiento deficiente de las actividades de trabajo y la escasa inclinación a la toma de medidas de seguridad, provocando así un notable incremento de accidentes del trabajo (Bakker et al., 2003a; Kim & von dem Knesebeck, 2015a)

En un estudio sobre salud mental de trabajadores sanitarios y factores de riesgo laboral asociados, se evidenció que existe una correlación significativa entre la satisfacción laboral con los trabajadores que tienen de 5 a 10 años de antigüedad y que realizan turnos matutinos (González & Pérez, 2011). Lo que da a entender que factores como la estabilidad y el horario de la jornada de trabajo podrían ser de cierta manera determinantes en la prevalencia de trastornos mentales como la depresión.

Mur De Vía & Maqueda en el 2011, señalan que situaciones como accidentes en el trabajo, acoso, o cualquier otra situación estresante o traumática dentro del ámbito laboral, pueden desencadenar o agravar trastornos de mentales tal es el caso de la depresión, más aún cuando el trabajador ya es vulnerable por otro tipo de factores, sean estos sociodemográficos, económicos o emocionales.

La detección y diagnóstico temprano y oportuno de las enfermedades mentales es un pilar fundamental que permite mantener una buena calidad de vida no solo a nivel personal sino también laboral. Por esta razón es necesario permanecer alerta ante posibles signos de alarma que indican un deterioro de la salud del trabajador como pueden ser: ausentismo laboral, conductas agresivas e irritabilidad, desmotivación, conflictos laborales, bajo rendimiento, desobediencia e incumplimiento, falta de colaboración y compañerismo, actitud evitativa, dificultad al momento de tomar decisiones, entre otras (Mingote et al., 2011).

4. Depresión durante la pandemia COVID-19

El COVID –19, un fenómeno sin precedentes que durante los últimos 2 años ha generado un impacto radical en en mundo. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2020), en su publicación “Gestión de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo durante la pandemia de COVID-19”, tanto el aislamiento, el encierro y la separación familiar presentan una fuerte asociación con enfermedades mentales como depresión, ansiedad, entre otras. Un dato

relevante es que el sexo femenino desarrolla altos niveles de depresión, aun bajo condiciones comunes o en casos de emergencias sanitarias. (Secín et al., 2022).

En el estudio HEROES, “The COVID-19 Health Care Workers Study” (2022), en el cual se evaluó el impacto del COVI 19 sobre la salud mental del personal sanitarios en 26 países, entre el 14,7 y 22% del personal entrevistado presentó un cuadro clínico compatible con episodio depresivo y entre el 5 y 15% refirió ideación suicida. Estas cifras son apenas la punta del iceberg que invita a dilucidar que hay más allá de la salud de los profesionales que laboran en el campo de la medicina durante esta emergencia sanitaria (OPS, 2022).

En un estudio que valoró el efeto en la salud mental durante la pandemia COVID 19 en los trabajadores de la salud de España, se aplicó una gran encuesta transversal, a través de la cual se logró identificar la existencia de un resultado positivo en la mayoría de los elementos evaluados, siendo estos depresión mayor, ansiedad, pánico, estrés postraumático, y trastorno por uso de sustancias, donde el 14,5% presentó algún trastorno incapacitante, lo que claramente indica que bajo estas condiciones hay un compromiso seguro de la salud general del individuo (Alonso et al., 2021) (Rodríguez et al., 2022).

Durante los 2 años correspondientes a la pandemia por COVID 19, la carga laboral de los trabajadores se ha incrementado tanto en el número de consultas médicas, atenciones domiciliarias, procedimientos, vacunación, etc. Este aumento masivo se ve directamente relacionado con un mayor ausentismo laboral, morbilidad, mal estado de salud, depresión y ansiedad, colapso, patología cardiovascular y afectaciones musculo esqueléticas (Bakker et al., 2003b).

Pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia de depresión en el personal sanitario del distrito 16d01 y que factores de riesgo laborales y socio-demográficos se relacionan?

Objetivos.

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de depresión y su relación con factores de riesgo socio-demográficos y laborales en el personal de salud operativo perteneciente al Distrito 16D01 Mera- Santa Clara - Pastaza, en el periodo septiembre 2021 – agosto 2022.

Objetivos específicos:

- Recolectar información del personal sanitario del Distrito 16D01, Mera Santa Clara- Pastaza, que laboró en el periodo septiembre 2021- agosto 2022 mediante la aplicación del Cuestionario sobre la salud del Paciente (PHQ9)
- Determinar que profesión es la que se ve mayormente afectada por síntomas de carácter depresivo.
- Establecer recomendaciones a partir de los resultados obtenidos que permitan modificar conductas con el fin de prevenir el desarrollo de esta patología.

JUSTIFICACIÓN

Evidencia científica respalda que existe una prevalencia de comportamientos ansiógenos y depresivos en el personal sanitario, con una sustancial diferencia en en profesionales de enfermería, médicos y psicólogos. Un estudio del 2020 determinó que entre los factores que tienen una influencia significativa en los niveles de estrés, depresión y ansiedad el edad, se encuentran el sexo y la edad. (Nancela, 2022) (Naranjo, 2021)

En base a cifras publicadas en el 2020, el Ecuador ocupa el décimo primer puesto de países con mayor prevalencia de depresión con un 4,6% y se estima que para el año 2050, este valor ascenderá al 22%. (Erazo, 2020) (Nn, 2017)

La pandemia por la COVID-19 y la fluctuación de casos positivos continúan siendo un factor importante que impacta en la salud mental de profesionales ya que diversos estudios respaldan que los individuos que se mantuvieron confinados durante la pandemia sufrieron con mayor frecuencia cuadros de depresión, aumento de niveles de estrés, mal humor, irritabilidad, problemas para dormir, estrés postraumático, ira y agotamiento emocional. (OIT, 2022) (Brooks, 2020)

La gran mayoría de investigaciones que han estudiado la salud mental de los profesionales en cuestión, fueron desarrollados en el segundo y tercer nivel de atención, en servicios de emergencia y cuidado intensivos, donde claramente existen factores desencadenantes de trastornos de depresión, ansiedad, estrés, etc., ignorando que existen otras poblaciones de trabajadores que presentan situaciones y factores distintos que también influyen en la prevalencia de trastornos mentales.

En el primer nivel de atención de salud, los puestos de trabajo en su mayoría están ocupados por profesionales que realizan su año de salud rural, que suelen verse expuestos a un sin número de factores como cambio de domicilio, difícil acceso a la plaza de trabajo asignada, condiciones laborales precarias, incertidumbre laboral, asilamiento social, inseguridad, excesiva carga laboral,

estilos de vida poco saludables, exposición a COVID-19. Estos factores conforman un nicho donde la prevalencia de trastornos mentales, principalmente la depresión, se tornen crecientes, acarreando una serie de consecuencias tanto para el empleador como para el empleado (López, 2020)

Bajo este contexto es imperiosa necesidad de efectuar una investigación que permita conocer la situación real de los trastornos depresivos y que factores se relacionan directamente con su prevalencia en el personal sanitario que labora en los centros de salud del primer nivel de atención de la provincia de Pastaza, donde las condiciones laborales son diferentes a las del resto de regiones del Ecuador.

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA

Población y muestra:

La población de estudio comprendió 514 trabajadores que laboraban en el distrito 16D01 Pastaza – Mera – Santa Clara Salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador; incluyendo 150 profesionales que se encontraban cumpliendo el año de ruralidad correspondiente al periodo septiembre 2021 – agosto 2022. Se excluyó al personal rural que ingresó en el periodo septiembre 2022 - agosto 2023 y nuevas contrataciones.

Se efectuó un muestreo de tipo aleatorio simple, obteniendo un total de 201 registros, sin embargo, un profesional no aceptó participar en el estudio, por lo que se trabajó con 200 observaciones.

Diseño del estudio y metodología:

Para lograr el objetivo de estudio, se utilizó un diseño observacional de tipo descriptivo transversal, mediante la aplicación de una encuesta realizada en la plataforma *Microsoft Forms* y aplicada en línea.

El objetivo principal de la encuesta fue caracterizar a la población en cuanto a aspectos sociodemográficos y laborales. Para esto, a partir del cuestionario “Condiciones de trabajo y salud” se seleccionaron preguntas que permitieron definir de forma específica a la población, acorde al tema de investigación. (Brabete, 2014).

Los datos demográficos y de carácter laboral solicitados fueron, edad, sexo, nivel de instrucción, profesión, ocupación, tipo de contrato, accesibilidad al puesto de trabajo, horario de trabajo, antigüedad laboral y exposición a COVID-19 en los últimos 4 meses.

Con el fin de determinar la prevalencia de depresión se usó la versión en español del Cuestionario Sobre la Salud del Paciente o *Patient Health Questionnaire* (PHQ9) por sus siglas en inglés, el cual posee una sensibilidad del 92% y especificidad del 89%, y está conformado por 9 ítems que valoran la presencia

de sintomatología depresiva en el transcurso de las últimas dos semanas, según los criterios expuestos para depresión mayor en el DSM-IV, mediante la aplicación de una escala de Likert. (Saldivia et al., 2019)

Cada ítem tuvo una valoración de 0 (Ningún día), 1 (Varios días), 2 (Más de la mitad de los días) y 3 (Casi todos los días). Los resultados obtenidos a partir de la suma del valor de cada ítem se interpretaron de la siguiente manera: 0 a 4 (sintomatología mínima), 5 a 9 (síntomas leves), 10 a 14 (moderado), 15 a 19 (moderadamente severo) y 20 a 27 (severo) (Saldivia et al., 2019).

Análisis estadístico:

El análisis de datos se realizó utilizando el software estadístico Epi Info (versión 7.2.5.0). Para el análisis univariado se determinó frecuencias y porcentajes; la fuerza de relación entre las variables se determinó se aplicando la prueba de Chi² estableciendo el nivel de significancia en $p < 0,05$, e IC al 95%. Ciertas variables fueron reagrupadas transformándolas en categorías dicotómicas y los resultados según la puntuación del cuestionario PHQ9 se agruparon en quienes presentaban una sintomatología moderada, moderadamente severa y severa, facilitando así el análisis.

RESULTADOS

Después de aplicar el instrumento de recolección de datos descrito previamente, se realizó análisis de la información mediante el software *Epi Info*, determinando así la prevalencia del trastorno depresivo en la población establecida y su relación con factores socio-demográficos y laborales.

Características demográficas:

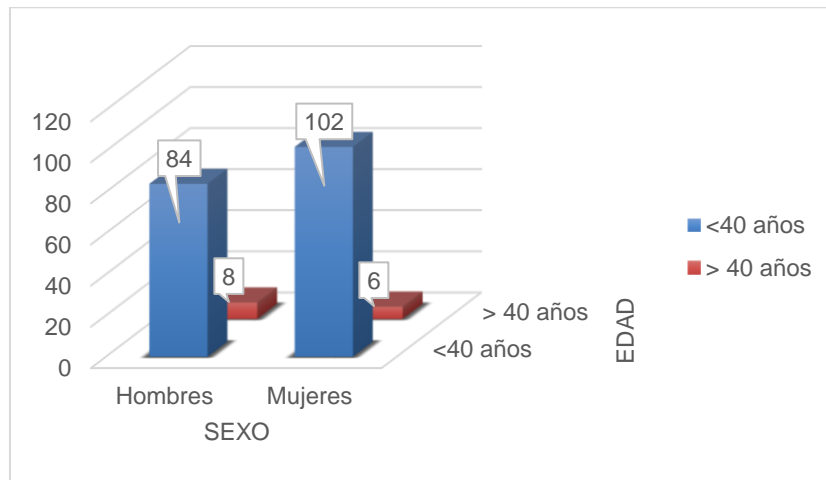
De los 514 trabajadores pertenecientes al Distrito de Salud 16D01, 200 (38,9%) participaron en este estudio. Los datos de carácter ocupacional y laboral de las personas que no participaron fueron similares a los que sí lo hicieron.

Tabla 1. Características demográficas de la población

VARIABLES		n	%
Sexo			
	Hombre	92	(46,00%)
	Mujer	108	(54,00%)
Edad			
	< 40 años	186	(93,00%)
	≥ 40 años	14	(7,00%)
Nivel de Instrucción			
	Bachillerato	10	(5,00%)
	Tercer Nivel	171	(85,50%)
	Cuarto Nivel superior	19	(9,50%)
Profesión			
	Médico/a	109	(54,50%)
	Enfermero/a	39	(19,50%)
	Odontólogo/a	32	(16,00%)
	Obstetra	5	(2,50%)
	Auxiliar de enfermería	8	(4,00%)
	TAPS*	7	(3,50%)

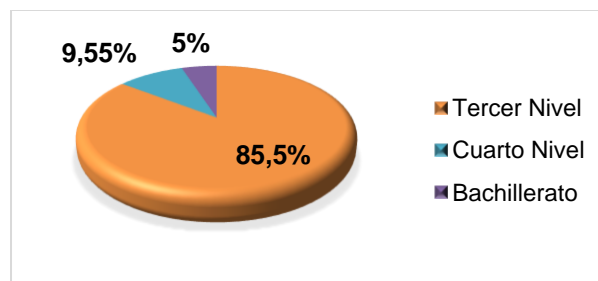
*TAPS: Técnico en atención primaria de salud

Gráfico 1. Población por sexo y grupo etario



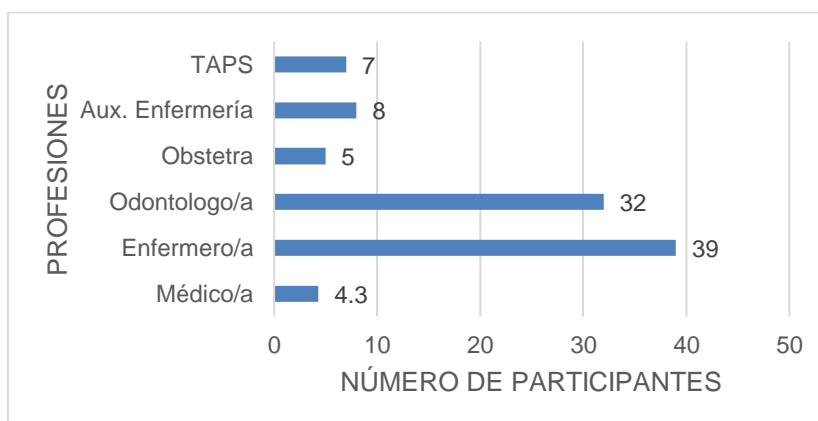
Al analizar a la población por sexo se determinó que 92 (46%) eran hombres, y 108 (54%) mujeres. En cuanto a la edad 186 (93%) tenían menos de 40 años, mientras que 14 (7%) eran mayores de 40 años. La mayoría de los trabajadores tenía 26 años, la edad mínima de la población fue de 20 años y la máxima de 67, con un promedio de 29,6 años.

Gráfico 2. Población por nivel de instrucción



Al hablar del nivel de instrucción se evidenció que 171 (85,5%) poseía título de tercer nivel, 19 (9,5%) título de cuarto nivel y 10 (5%) título de bachiller.

Gráfico 3. Población por profesión



La gran mayoría de profesionales, 109 (54,5%) eran médicos, seguido de 39 (19,5%) profesionales de enfermería, 32 (16%) odontólogos, 8 (4%) auxiliares de enfermería, 5 (2,5%) obstetras y 7 (3,5%) técnicos en atención primaria de salud, los cuales conformaron el menor número de profesionales participantes.

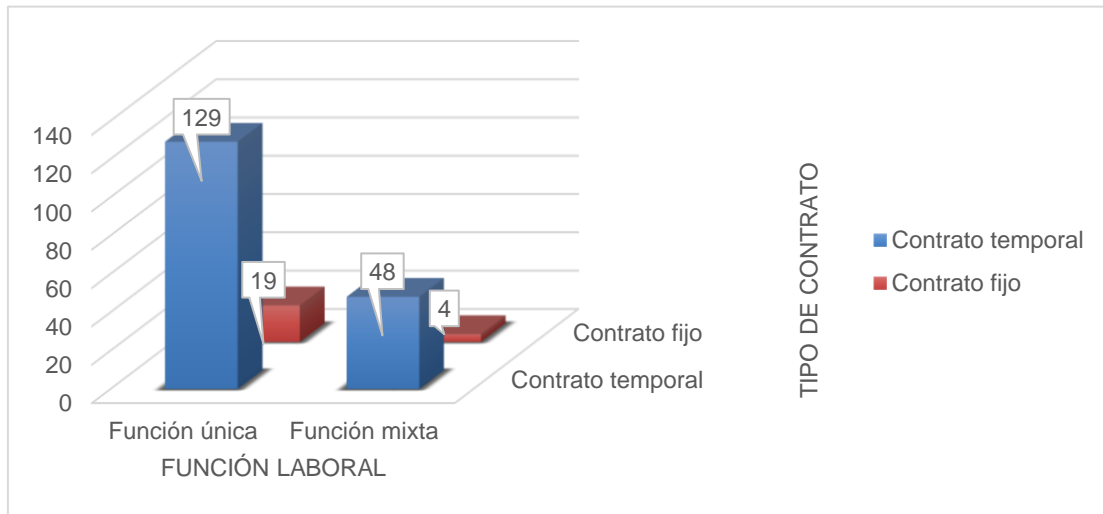
Características laborales

Tabla 2. Características laborales de la población

VARIABLES	n	%
Función laboral		
Única (administrativo/operativo)	148	(74,00%)
Mixta (administrativa y operativa)	52	(26,00%)
Tipo de contrato		
Temporal	177	(88,50%)
Fijo o permanente	23	(11,50%)
Accesibilidad		
Fácil acceso	110	(55,00%)
Difícil acceso	90	(45,00%)
Horario laboral		
5 días laborables/2 días libres	136	(68,00%)
18 días laborables/12 días libres	64	(32,00%)
Antigüedad laboral		
1-5 años	179	(89,50%)
Más de 6 años	21	(10,50%)
Exposición a COVID-19*		
No	25	(12,50%)
Si	175	(87,50%)

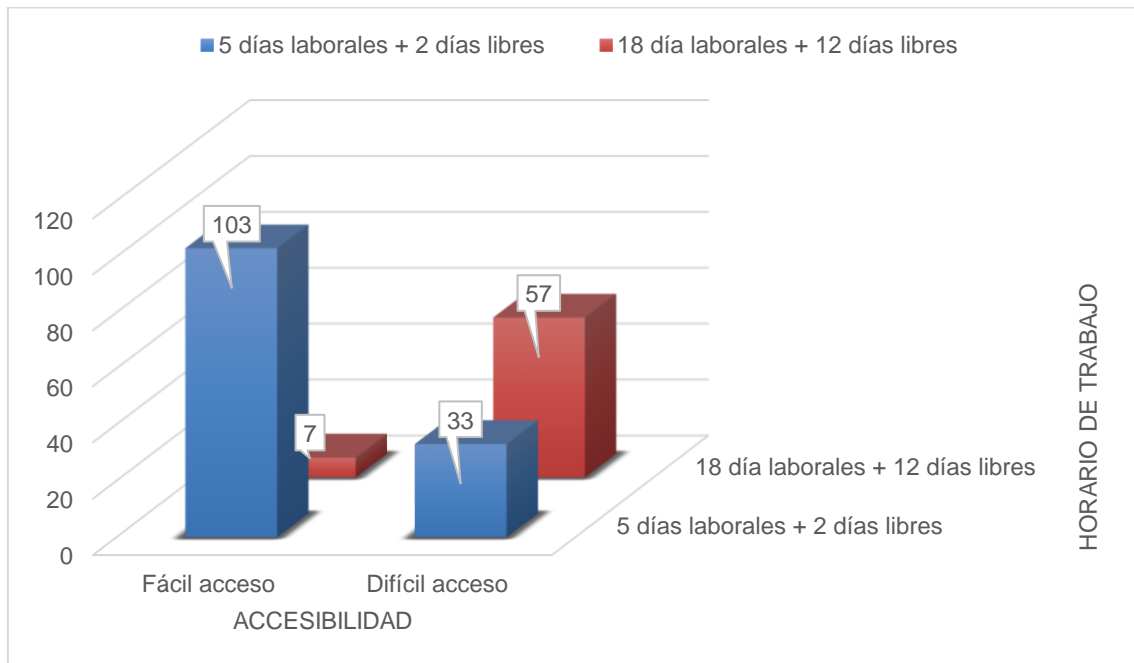
* Exposición a COVID-19 durante los últimos 4 meses

Gráfico 4. Población por función laboral que realiza y tipo de contrato



Del total de observaciones, 148 trabajadores (74%) desempeñaban una única función, ya sea administrativa u operativa y 52 (26%), realizaban funciones mixtas. De acuerdo con el tipo de contrato 177 (89%) laboraban bajo un contrato temporal, y solamente 23 (11%) poseían contrato permanente.

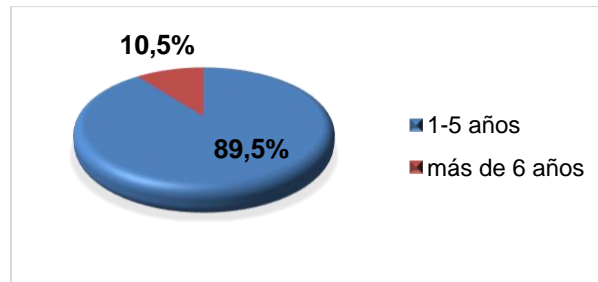
Gráfico 5. Población por accesibilidad a sus puestos de trabajo



Según la accesibilidad al puesto de trabajo, 110 (55%) trabajadores laboraban en plazas de fácil acceso para las cuales existen vías carrozables de primer y segundo orden y transporte público. Por otro lado 90 (45%) cumplían sus

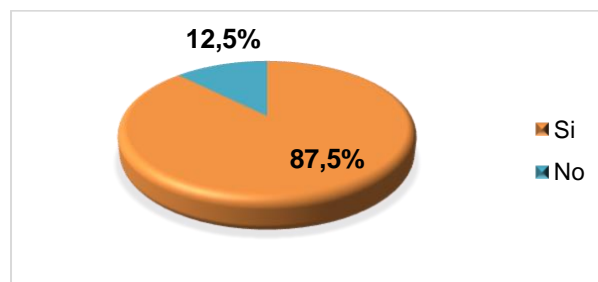
funciones en plazas de difícil acceso, a las cuales deben ingresar por vía terrestre de tercer o cuarto orden, vía fluvial y/o aérea. En base al horario laboral 136 (68%) tenían el horario de 5 días laborales y 2 libres, contrario a 64 (32%) que se regían al horario de 18 días laborales y 12 libres.

Gráfico 6. Población por tiempo de trabajo en la institución o antigüedad laboral



Con respecto a la antigüedad laboral, los datos fueron reagrupados en trabajadores que habían cumplido de 1 a 5 años en su puesto de trabajo con un total de 179 (89,5%) y aquellos que superaban los 6 años que fueron 21(10.5%).

Gráfico 7. Población según la exposición directa a COVID-19 en los últimos 4 meses



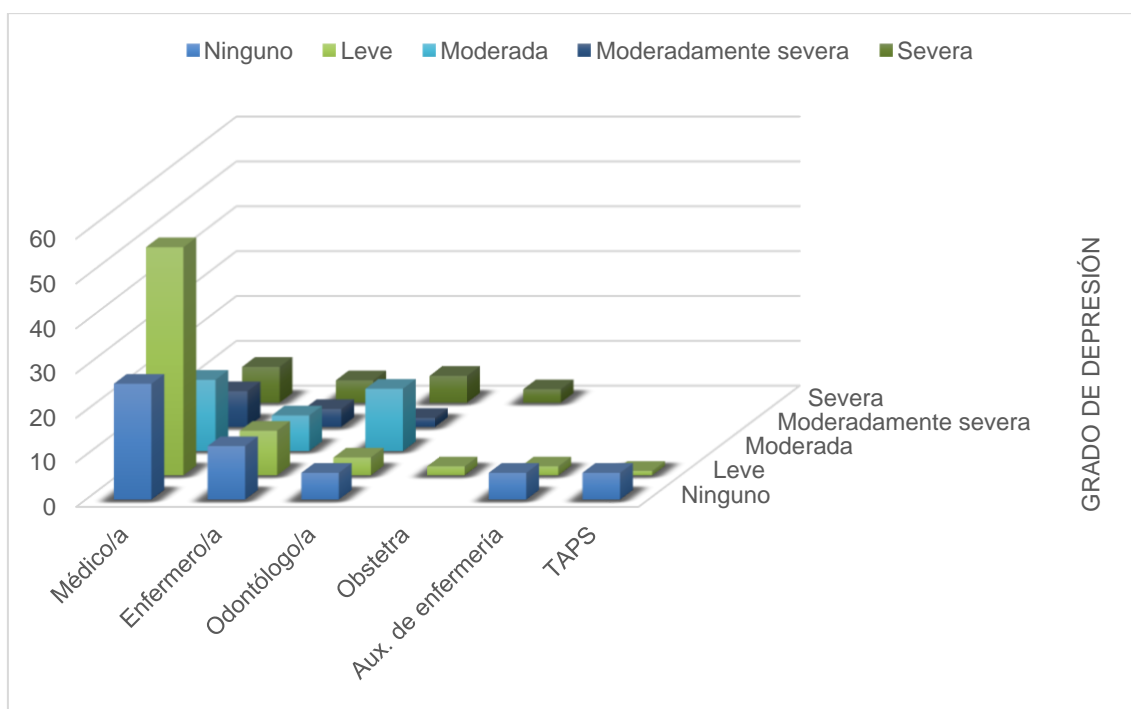
También se determinó que, del total de participantes, 175 (87.5%) tuvieron exposición directa a casos COVID 19 positivos durante los últimos 4 meses, mientras que solo 25 (12,5%) no tuvieron una exposición directa.

Tabla 3. Grados de depresión en la población según cuestionario PHQ9

VARIABLES	n	%
Grado de depresión		
Ninguno	56	(28%)
Depresión leve	70	(35%)
Depresión moderada	38	(19%)
Depresión moderadamente severa	14	(7%)
Depresión severa	22	(11%)

Tras la aplicación del cuestionario PHQ9 a los participantes se estableció que 70 (35%) presentaron síntomas de depresión leve, 56 (28%) presentaron síntomas de depresión mínima, 38 (19%) depresión moderada, 22 (11%) depresión severa y por último 4 (7%) moderadamente severa.

Gráfico 8. Distribución de los grados de depresión según la profesión



En el grupo de médicos destacaron los síntomas de depresión leve con 51 (46,79%) y depresión moderada con 16 (14,68%). Entre los profesionales en enfermería existían 10 (25,64%) casos con síntomas de depresión leve y 8 (20,51%) depresión moderada. Por último, en el grupo de odontólogos 14 trabajadores (43,75%) presentó signos de depresión moderada y 6 (18,75%) depresión severa. Si bien el resto de los profesionales representan apenas el 10% de la muestra, es menester indicar que en grupo de obstetras 3 (60%) presentaron síntomas de depresión leve.

Asociación de factores de riesgo:

Tabla 4. Análisis bivariado de las características socio-demográficas y laborales del personal de salud del distrito 16D01

VARIABLES	PHQ-9		P valor	
	Depresión	No depresión		
Sexo				
	Hombre	21 (22,80%)	71 (77,1%)	0.00012*
	Mujer	53 (49,00%)	55 (50,93%)	
Edad				
	< 40 años	74 (39,80%)	112 (60.2%)	0.0072*
	≥ 40años	0 (0%)	14 (100%)	
Nivel de Instrucción				
	Bachillerato	1 (10%)	9 (90%)	0.13
	Tercer nivel y superiores	73 (38.42%)	117 (61.5%)	
Profesión				
	Médico/a	14 (30.4%)	32 (69.57%)	0.38
	Otras (enfermero/a, auxiliar de enfermería, obstetra, odontólogo/a)	60 (38.9%)	94 (61.04%)	
Cargo				
	Fijo (operativo o administrativo)	50 (33.78%)	98 (66.2%)	0.15
	Mixto (operativo y administrativo)	24 (46.15%)	28 (53.85%)	
Tipo de contrato				
	Temporal	71 (40.11%)	106 (59.89%)	0.021*
	Permanente	3 (13.08%)	20 (86.9%)	
Accesibilidad				
	Fácil acceso	36 (32.73%)	74 (62.27%)	0.216
	Difícil acceso	38 (42.22%)	52 (57.78%)	
Horario laboral				
	5 días laborables - 2 días libres	51 (37.5%)	85 (62.5%)	0.95
	18 días laborables - 12 días libres	23 (35.9%)	41 (64.06%)	
Antigüedad				
	1-5 años	74 (41,34%)	105 (58,66%)	0.00051*
	Más de 6 años	0 (0,00%)	21 (100,0%)	
Exposición a COVID 19				
	No	9 (36,00%)	16 (64,00%)	1
	Si	65 (37.14%)	110 (62.80%)	

* Valores estadísticamente significativos (p<0,05)

Para el análisis bivariado se realizó la reagrupación de categorías de ciertas variables con el fin de facilitar el análisis estadístico al aplicar la prueba de Chi2. De acuerdo al nivel de educación se creó la nueva categoría "Tercer nivel o superior", agrupando las categorías tercer y cuarto nivel con un total de 190 observaciones.

En cuanto a la profesión se agruparon las categorías de acuerdo con los objetivos del estudio, distinguiendo personal médico con 109 participantes y no médico donde se incluyó al resto de profesiones (enfermería, obstetricia, odontología, auxiliar en enfermería y TAPS) con un total de 91.

Finalmente se realizó la reagrupación de categorías en el caso de grado de depresión, para lo cual se consideró el estudio de Saldivia et al., 2019, donde tomaron como punto de corte el valor de 10 puntos en el cuestionario PHQ9 para detectar con mayor certeza un trastorno depresivo mayor en pacientes de APS.

En base a los resultados obtenidos presentaron una relación estadísticamente significativa con un posible trastorno depresivo mayor participantes de sexo femenino (53 [49%]; $p=0.00012$), personas menores a 40 años (74 [39,8%]; $p=0.0072$), trabajadores con contratos temporales (71 [40,11%]; $p=0.021^*$) y personal con una antigüedad laboral menor a 5 años (74 [41,34%]; $p=0.00051^*$)

Las otras variables como el nivel de instrucción ($p=0,13$), profesión ($p=0,38$), cargo ($p=0,15$), accesibilidad ($p=0,216$), horario laboral ($p=0,95$) y exposición a COVID-19 ($p=1$) son factores que no presentan relación significativa con la presencia un posible trastorno de depresión mayor.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Las actividades laborales que realizan los trabajadores sanitarios en los distintos niveles de atención son arduas, demandantes, estresantes y exigentes, más aún en los profesionales de atención primaria ya que son quienes, conforman la primera línea de defensa del sistema de salud pública, y que con escasos recursos logran mantener la salud de las comunidades cercanas. Estas condiciones se han visto complicadas por la presencia del COVID 19, lo que ha generado un brote de enfermedades mentales como estrés, ansiedad y depresión en los trabajadores.

Este estudio se enfocó en determinar la prevalencia de síntomas de depresión en el trabajadores de salud del Distrito 16D01, encontrando que un poco más de la tercera parte de la población estudiada, es decir el 37% de los participantes, presentaron grados considerables de depresión, partiendo de una muestra de 200 encuestados.

Para determinar esta prevalencia se utilizó el cuestionario PHQ-9 que posee una sensibilidad del 92%, especificidad 88%, y valores predictivos positivos y valores predictivos negativos que confirman su utilidad como instrumento de tamizaje (Saldivia et al., 2019).

En base a la literatura, al aplicar el cuestionario PHQ-9, se establece como sugerencia original una puntuación de 10 para identificar un trastorno depresivo mayor, por lo que se unificó los resultados individuales de las categorías moderada, moderadamente severa y severa, para poder determinar la cantidad de trabajadores con resultados que superaba este punto de cohorte (Saldivia et al., 2019).

La prevalencia de depresión encontrada en esta investigación es elevada al compararlo con un estudio similar aplicado en personal sanitario de Perú (8,8%) y se equipara a otros resultados obtenidos en estudios que fueron realizados en

el contexto de la pandemia en Chile con un 66% y China con el 13,4% de prevalencia. (Espinoza-Ascurra et al., 2022; Guo et al., 2020; Zhu et al., 2020)

Cabe mencionar que esta investigación se ejecutó con la participación del personal tanto administrativo como operativo, de Casas de Salud pertenecientes al Primer Nivel de Atención, condición similar al estudio realizado en Chile donde participaron exclusivamente personal de centros de atención primaria. Por otro lado, en China, el estudio fue aplicado a personal de hospitales de mayor complejidad, por este motivo existe una diferencia considerable al comparar los resultados de los distintos estudios.

El sexo femenino tuvo una asociación estadísticamente significativa con la presencia de síntomas depresivos, (OR = 3,25; IC95%, 1,75-3,6.03; $p < 0,00012$), resultados que concuerdan con el estudio realizado en Perú donde el género femenino presentó correlación significativa con depresión ($R^2 = 2,5$; $p < 0,004$) (Espinoza-Ascurra et al., 2022).

Diversos autores plantearon hipótesis para justificar que las mujeres sean más vulnerables a padecer depresión, como: mayor exposición y respuesta a las tensiones que se presentan de forma cotidiana, niveles elevados de monoamino oxidasa, mayor incidencia de disfunción tiroidea y cambios hormonales durante la menstruación y menopausia. Pese a ello aún no se ha establecido de forma precisa la etiología de este fenómeno. (McIntyre et al., 2017)

Acorde a la edad, se realizó la agrupación de esta variable en dos categorías: participantes menores a 40 años y 40 años o más. Esta agrupación se debe a que según un estudio mexicano se reveló que la frecuencia de depresión se relaciona con la edad, afectando a las mujeres que se encuentran dentro de los grupos etarios de menos de 40 años y más de 60. (Aguilera et al., 2011). En la presente investigación, si bien hubo un participante con más de 60 años (67), es necesario señalar que se trataba de un hombre y no presentó sintomatología depresiva.

Según los resultados obtenidos en este estudio, tener menos de 40 años demostró una asociación estadísticamente significativa con el padecimiento de trastorno depresivo mayor ($R^2 = 0,60$; $p < 0,002$), lo cual esta acorde con los resultados recabados en la investigación realizada en México previamente mencionado realizado por Aguilera. En contraste, el estudio peruano que encontró una asociación entre las variables depresión y edad: siendo que, a mas edad, existe un mayor riesgo de padecer un trastorno depresivo. ($R^2 = 0,85$; $p < 0,001$). (Espinoza-Ascurra et al., 2022).

Diferentes autores, sostienen que la edad tiene una relación lineal con el riesgo de depresión, fenómeno que no se evidenció en este trabajo, posiblemente por la escasa participación de adultos con una edad superior a 40 años, además de que la edad perteneciente a la mayoría de la población de estudio oscila entre los 23 a 35 años.

El personal que laboraba bajo contratos de carácter temporal presentó una asociación estadísticamente significativa con la presencia de depresión. (OR = 0,22; IC95%, 0,06-0,7; $p < 0,02$), hecho que concuerda con los resultados obtenidos en una investigación similar realizada en Brasil en profesionales de enfermería, donde como resultados principales se encontró que no ser casado y tener un compromiso laboral temporal tuvo una asociación significativa con la presencia de trastorno depresión. (Dal’Bosco et al., 2020).

El 88,5% de los participantes poseían un contrato temporal, que se corresponde con el 89,5% que tienen una antigüedad laboral de 1 a 5 año, a partir de ello se puede deducir que este grupo de participantes son trabajadores de salud que se encuentran cumpliendo su año de medicatura rural y que al momento de terminar su contrato la gran mayoría afrontará una situación de desempleo.

Se puede inferir que la asociación existente entre depresión y contratos temporales de trabajo se debe al sentimiento de inestabilidad laboral, que ocasiona temor, ansiedad y exagera la prevalencia de síntomas depresivos en la población trabajadora.

Otro resultado importante fue la asociación del trastorno mental estudiado con la antigüedad laboral, pues aquellos trabajadores que mantenían una dependencia laboral con este Distrito de Salud menor a 5 años presentaron una relación estadísticamente significativa con la presencia de un posible trastorno depresivo mayor (OR = 3,2; IC95%, 1,7-6,0 $p < 0,00012$).

Este dato concuerda con los resultados alcanzados en un estudio similar ejecutado en México, donde también se determinó una asociación estadísticamente significativa entre el episodio depresivo mayor y una menor antigüedad laboral, sin embargo, es preciso indicar que en esta investigación se estableció como punto de corte 5 años de antigüedad, a diferencia de que en el estudio mexicano en el cual el punto de corte fue de 10 años. (Aguilera et al., 2011)

Las otras variables consideradas no demostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de trastorno depresivo mayor: nivel de instrucción ($p=0,13$), profesión ($p=0,38$), cargo ($p=0,15$), accesibilidad ($p=0,216$), horario laboral ($p=0,95$) y exposición a COVID-19 ($p=1$)

A partir de los resultados, se puede identificar que el riesgo de síndrome depresivo mayor es prevalente en la población estudiada. Claramente las variables sexo, edad, antigüedad laboral y tipo de contrato son factores de riesgo que no pueden ser modificados por lo cual se deben establecer medidas de prevención de depresión y fortalecimiento de la salud mental enfocados en este tipo de población, es decir: mujeres, profesionales menores de 40 años, quienes tienen un contrato de tipo temporal y quienes tienen menos de 5 años de relación laboral con el establecimiento empleador.

Los trastornos mentales como estrés, ansiedad y principalmente la depresión pueden presentar diferentes manifestaciones en los profesionales sanitarios, que se ve reflejado de forma directa en el aspecto personal y profesional, ocasionando repercusiones importantes.

Es fundamental que tanto los trabajadores sanitarios, así como los empleadores prioricen el cuidado de su salud mental, mediante la aplicación de estrategias como pausas activas en el trabajo, actividades recreativas en los tiempos libres, grupos de apoyo, iniciativas de ayuda psicosocial o consulta con profesionales en psicología en casos de ser necesario, con el objetivo de que de este modo se pueda mermar esta condición prevalente del área de la salud con el fin de crear ambientes de trabajo adecuados y sanos.

CONCLUSIONES

- Los profesionales que en mayor medida participaron en este estudio fueron mujeres médicas, menores de 40 años, con niveles de instrucción de tercer nivel o superior, que trabajaban bajo contrato temporal, con un horario de trabajo de 5 días laborales y 2 días libres, con 1 a 5 años de antigüedad laboral y con antecedente de contacto con paciente COVID-19 positivo en los últimos 4 meses.
- Se determinó una prevalencia de síntomas de depresión considerables en el 37%, los cuales, según el cuestionario PHQ9, se distribuyeron de la siguiente manera: síntomas de depresión moderada (51,35%), depresión moderadamente severa (29,72%) y depresión severa (18,91%).
- Existe una asociación estadísticamente significativa con el sexo femenino, edad menor a 40 años, contrato temporal y menos de cinco años de antigüedad con la prevalencia de depresión.
- La variable de interés “profesión” no estableció una relación estadísticamente significativa con la prevalencia de depresión a pesar de que en estudios similares de evidenciaba relación con profesionales en medicina y enfermería principalmente.
- Si bien el uso de una encuesta online facilitó en gran medida la generación de la base de datos y el análisis de estos, no se logró incentivar la participación de la mayoría de la población.

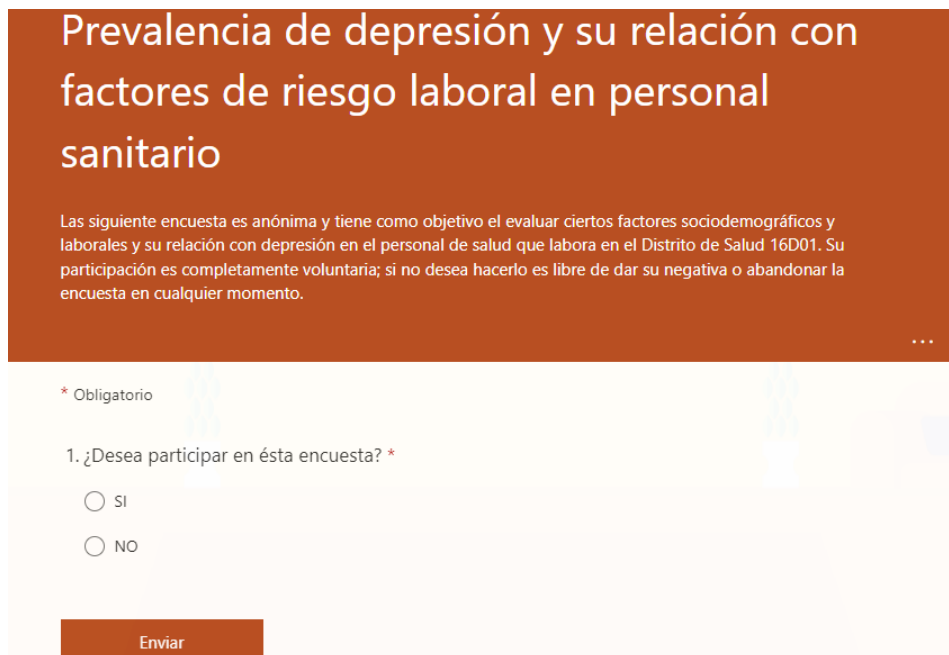
RECOMENDACIONES

- La frecuencia de profesionales que presentaron características de depresión moderada, moderadamente severa y severa fue del 37%, es importante considerar la implementación de programas de diagnóstico temprano y apoyo psicológico para logra prevenir consecuencias negativas como obsentismo, los intentos autolíticos o incluso el suicidio en el personal sanitario.
- Es imprescindible la implementación de herramientas de tamizaje de síntomas de depresión, así como de otros trastornos mentales, como el cuestionario PHQ-9, tanto en la evaluación inicial de los profesionales previa a la contratación, como en chequeos de salud periódicos, para poder identificar de forma temprana y oportuna a los profesionales que requieren algún tipo de ayuda psicológica.
- La realización de futuras investigaciones permite analizar otros factores como estilos de vida, consumo de alcohol y sustancias, carga laboral, entre otros, que también podrían tener una asociación significativa con la prevalencia e incidencia de depresión en el personal sanitario que labora en este Distrito.
- Independientemente de la profesión, se debe incentivar acciones de promoción y prevención enfocadas a la salud mental. Los hallazgos obtenidos permiten determinar las necesidades de apoyo al personal y la aplicación de intervenciones progresivas y personalizadas principalmente a quienes presentan más factores de riesgo.
- Para las nuevas investigaciones pueden incluirse el uso otras herramientas para la recolección de datos, como la aplicación de encuestas en forma personal, que permitan incentivar de mejor manera la

participación de la población, además de poder realizar un seguimiento individual a todos los profesionales que presenten características de depresión mayor.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta - Pregunta a manera de consentimiento informado



Prevalencia de depresión y su relación con factores de riesgo laboral en personal sanitario

Las siguiente encuesta es anónima y tiene como objetivo el evaluar ciertos factores sociodemográficos y laborales y su relación con depresión en el personal de salud que labora en el Distrito de Salud 16D01. Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo es libre de dar su negativa o abandonar la encuesta en cualquier momento.

* Obligatorio

1. ¿Desea participar en ésta encuesta? *

SI

NO

Enviar

Anexo 1. Encuesta – recolección de datos sociodemográficos y laborales

2. Sexo *

- Masculino
- Femenino

3. ¿Qué edad tiene? *

Escriba su respuesta

4. ¿Cuál es su nivel de instrucción? *

- Bachillerato
- Tercer Nivel
- Cuarto Nivel

5. ¿Cuál es su profesión? *

- Médico/a
- Enfermero/a
- Auxiliar de enfermería
- Odontólogo/a
- Obstetra
- TAPS (Técnico en atención primaria de salud)
- Otros

6. ¿Cuál es el cargo que ocupa dentro de la institución? *

- Administrativo
- Operativo
- Administrativo y operativo

7. ¿Bajo que tipo de contrato usted labora dentro de la institución? *

- Fijo o permanente
- Temporal

8. ¿Cómo calificaría la accesibilidad a su lugar de trabajo? *

- Fácil acceso
- Dificil acceso

9. Elija la respuesta que mejor corresponda a su jornada laboral *

- 5 días laborables seguido de 2 días libres
- 18 días laborables (continuos) seguido de 12 días libres

10. En los últimos 4 meses, ¿ha tenido algún contacto cercano con individuos que han dado positivo para la COVID 19? *

- Si
- No

11. ¿Por cuanto tiempo ha laborado dentro de la institución? *

- De 1 a 5 años
- De 6 a 10 años
- Por más de 10 años

Anexo 1. Encuesta – aplicación de cuestionario PHQ9

12. Cuestionario sobre la salud del Paciente-9 *

Durante las últimas dos semanas, ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marque la opción según corresponda.

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o ha dormido demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido cansado/a o con poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin apetito o ha comido en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se ha sentido mal con usted mismo/a o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades; tales como leer el periódico o ver la televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario, muy inquieto/a o agitado/a que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de lastimarse de alguna manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, E. C., García De, J. E., & García, A. (2011). Depresión en el personal sanitario femenino y el análisis de los factores de riesgos sociodemográficos y laborales. *Rev. Colomb. Psiquiat*, *40*(3).
- Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., Aragonès, E., Campos, M., Cura-González, I. D., Emparanza, J. I., Espuga, M., Forjaz, M. J., González-Pinto, A., Haro, J. M., López-Fresneña, N., Salázar, A. D. M. de, Molina, J. D., Ortí-Lucas, R. M., Parellada, M., ... Pérez-Solà, V. (2021). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, *14*(2), 90–105. <https://doi.org/10.1016/J.RPSMEN.2021.05.003>

- Bakker, A., Demerouti, E., de Boer, E., & Schaufeli, W. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 341–356.
- Brabete, A. (2014, January). El Cuestionario de Salud General de 12 items (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/271764155_El_Cuestionario_de_Salud_General_de_12_items_GHQ-12_estudio_de_traducion_y_adaptacion_de_la_version_rumana
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Carlos, J., & Díaz, F. (2020). Estrés, ansiedad y depresión durante y Post-pandemia Covid-19 en Trabajadores: El Caso Ecuatoriano. *Gestión de La Seguridad y La Salud En El Trabajo*, 2(2), 17–21. <https://doi.org/10.15765/GSST.V2I2.2107>
- Corea del Cid, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur*, 89(1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Coryell, W. (2021, August 15). *Trastornos depresivos - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales*. https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#v1028061_es
- Castellón Leal, E., Ibern Regàs, P., Gili Planas, M., Lahera Forteza, G., Sanz González, J., & Saiz Ruiz, J. (2016). Management of depression in the work setting: Key recommendations. *Psiquiatría Biológica*, 23(3), 112–117. <https://doi.org/10.1016/J.PSIQ.2016.08.003>
- Cuesta, E., Picón, J., & Pineida, P. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American Health*, 5(1).

- da Silva, A., Lopes, C., Susser, E., & Menezes, P. (2016). Depresión relacionada con el trabajo en personal de equipos de atención primaria en Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, *106*, 1–10. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34367/v41eAPHA22017.pdf?sequence=1>
- Dal’Bosco, E. B., Floriano, L. S. M., Skupien, S. V., Arcaro, G., Martins, A. R., & Anselmo, A. C. C. (2020). Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*, e20200434. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>
- Ecuador, entre los países con más casos de depresión en Latinoamérica.* (2017, February 24). <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-entre-los-pa-ses-con-m-s-casos-de-depresi-n-en-latinoam-rica-89705>
- El teletrabajo durante la pandemia de COVID-19 y después de ella Guía práctica.* (2020). www.ilo.org/publns.
- Enfermedad mental - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic.* (n.d.). Retrieved September 28, 2022, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/diagnosis-treatment/drc-20374974>
- Erazo, M., & Fors, M. (2022, August 6). *Depresión: Una experiencia del Hospital del Adulto mayor, Quito, Ecuador, 2018.* <http://revistabionatura.com/files/2020.05.03.11.pdf>
- Espinoza-Ascurra, G., Gonzales-Graus, I., Meléndez-Marón, M., & Cabrera, R. (2022). Prevalence and Factors Associated with Depression in Healthcare Personnel During the SARS-CoV-2 Pandemic in the Department of Piura, Peru. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1016/J.RCP.2021.11.005>
- Ferrari, A. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, *9*(2), 137–150.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3/ATTACHMENT/13E52F88-5D65-478F-843A-2CF574C4DFF4/MMC1.PDF](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3/ATTACHMENT/13E52F88-5D65-478F-843A-2CF574C4DFF4/MMC1.PDF)

Gestión de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo durante la pandemia de COVID-19. (2020). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/--protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_763314.pdf

Gherardi-Donato, E., Cardoso, L., Bastos, C., de Souza, S., & Reisdorfer, E. (2015). Asociación entre depresión y estrés laboral en profesionales de enfermería de nivel medio. *Enfermagem*, 23(4), 733–740. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0069.2610>

González, E., & Pérez, E. (2011). Factores de riesgo laboral y la salud mental de los trabajadores de la salud. *Psicología Iberoamericana*, 19, 67–77. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133921440008>

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. (2013). *Asociación Americana de Psiquiatría*. www.appi.org

Guo, J., Liao, L., Wang, B., Li, X., Guo, L., Tong, Z., Guan, Q., Zhou, M., Wu, Y., Zhang, J., & Gu, Y. (2020). Psychological Effects of COVID-19 on Hospital Staff: A National Cross-Sectional Survey of China Mainland. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/SSRN.3550050>

Kim, T. J., & von dem Knesebeck, O. (2015). Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. *BMC Public Health*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12889-015-2313-1/TABLES/3>

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976–e203976. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2020.3976>

- Ley Orgánica de Salud*, (2015). <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- McIntyre, R. S., Lee, Y., Zhou, A. J., Rosenblat, J. D., Peters, E. M., Lam, R. W., Kennedy, S. H., Rong, C., & Jerrell, J. M. (2017). The Efficacy of Psychostimulants in Major Depressive Episodes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37(4), 412–418. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000723>
- Mingote, C., del Pino, P., Sánchez, R., Gálvez, M., & Gutiérrez, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57, 188–205. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500012>
- MSP. (2017). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. *Ministerio de Salud Pública*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/gpc_episodio_depresivo_adultos.pdf
- Mur De Víu, C., & Maqueda, J. (2011). Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. *Med Segur Trab (Internet)*, 57, 1–262.
- Namcela, S., Chiriboga, J. S. L., López, I. M. F., Serrano, A. C. B., & Sigüenza, A. G. A. (2022). Evaluación de estrés, ansiedad y depresión en Ecuador durante la pandemia de COVID-19. *La Ciencia al Servicio de La Salud*, 13(1), 13–25. <https://doi.org/10.47244/CSSN.VOL13.ISS1.667>
- OIT. (2020). *Gestión de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo durante la pandemia de COVID-19*.
- OMS. (2004). *Invertir en Salud Mental*. 8–13. http://www.who.int/mental_health
- OMS. (2021, September 13). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- OMS. (2022, June 8). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- OPS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales. *Organización Panamericana de Salud*.
- OPS. (2022). *The COVID-19 health care workers study (HEROES) Informe regional de las Américas*.
- Restrepo-Martínez, M., Escobar, M., Marín, L. A., & Restrepo, D. (2021). Prevalence and Clinical Characteristics of Depression and Anxiety Symptoms in Staff at a Health Institution in Medellín During the COVID-19 Pandemic. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Ed.)*. <https://doi.org/10.1016/J.RCP.2021.02.001>
- Rodríguez, A., Suasnavas, P., Villalobos, G., & Varela, C. (2022). Efectos de la emergencia COVID-19 en la salud mental de los trabajadores: Una revisión de alcance. *Investigatio*, 18, 122–142. <https://doi.org/10.31095/investigatio.2022.18.1>
- Secín, R., Martínez, M., Ramírez, A., & Pérez, B. (2022). Efecto en la salud emocional del personal de salud de un Hospital Privado de Tercer Nivel que enfrenta la pandemia de COVID-19. *ActA Med GA*, 20(2), 137–144. <https://doi.org/10.35366/104274>
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., Rincón, P., Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(1), 53–60. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>
- Sierra, Y. (2020). *Salud mental en contextos laborales, una revisión sistemática desde la perspectiva de la promoción y prevención*. https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4458/Velasquez_Murcia_Adriana_%20Marcela_%202020.pdf.pdf?sequence=1

- Tomas Baader, M., José Luis Molina, F., Silvia Venezian, B., Carmen Rojas, C., Renata Farías, S., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., & Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10–22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
- Villa, D. (2017). Principales tipos de depresión: el desafío médico que no encuentra consuelo. *ELSEVIER*. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/principales-tipos-de-depresion-el-desafio-medico-que-no-encuentra-consuelo>
- Zhu, J., Sun, L., Zhang, L., Wang, H., Fan, A., Yang, B., Li, W., & Xiao, S. (2020). Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2020.00386>