



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN
PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 23.**

T E S I S

Para obtener el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dr. Pedro Acosta Aguayo

ASESOR CLÍNICO

Dr. Alfredo Acosta Salcido

ASESOR METODOLÓGICO

Dra. Maria Teresa Badillo Montes



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 805.
U MED FAMILIAR NUM 33

Registro COFEPRIS 17 CI 08 019 026
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 08 CEI 003 2018072

FECHA **Martes, 04 de febrero de 2020**

Dr. Pedro Acosta Aguayo

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA #23**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional
R-2019-805-025

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Jorge Alberto Granados Chávez
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 805

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Prevalencia del trastorno depresivo y factores asociados en personal de enfermería del Hospital General de
Zona No. 23

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional

Delegación Chihuahua



Vo.Bo.

Dr. Miguel Ángel Ramírez Ortega

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 23



Vo.Bo.

Dra. María Teresa Badillo Montes

Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del

IMSS Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 23



Vo.Bo.

Prevalencia del trastorno depresivo y factores asociados en personal de enfermería del Hospital General de

Zona No. 23

ASESORES

Dra. María Teresa Badillo Montes

Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del
IMSS Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 23



Vo.Bo.

Dr. Alfredo Acosta Salcido

Médico Familiar Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 23



Vo.Bo.

**“PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 23”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. PEDRO ACOSTA AGUAYO

AUTORIZACIONES



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A meses de terminar esta aventura que represento el estudiar esta especialidad en Medicina Familiar, quiero agradecer:

A Dios por prestarme vida y salud para permitirme iniciar y culminar este proyecto que representa una etapa de aprendizaje profesional y de vida.

A mi esposa Mona, quien siempre estuvo allí para alentarme primero a iniciar y después a continuar y culminar mi especialidad y sobre todo estar junto a mi durante estos 3 años de arduo trabajo y desmañanadas mutuas.

A mis hijas Jennifer y Yamileth, por estar siempre pendiente de mi y comprender el sacrificio que esta especialidad implicó en términos de tiempo de convivencia.

A mis padres y hermanos por su respaldo y apoyo hoy y siempre y alentarme a continuar superándome como profesionista médico.

A mis asesores, quienes estuvieron apoyándome en cada uno de los pasos de la elaboración del protocolo de estudio y posteriormente de la tesis

A todos aquellos que de una u otra forma estuvieron involucrados en este proyecto que está próximo a concluir, pero que se perpetuara convirtiéndose en una herramienta indispensable en el desempeño de mi actividad médica.

Gracias

Pedro Acosta Aguayo

INDICE

I.- RESUMEN	1
II.- MARCO TEÓRICO	3
III.- JUSTIFICACIÓN	10
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
V.- OBJETIVO	13
VI.- HIPÓTESIS:.....	13
VII.- MATERIAL Y MÉTODOS:.....	14
VIII.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	14
IX.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	15
X.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.	17
XI.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	17
XII.- METODOLOGÍA OPERACIONAL	18
XIII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	19
XIV.- RESULTADOS	22
XV.- DISCUSIONES	24
XVI.- CONCLUSIONES.....	26
XVII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
XVIII. TABLAS, GRÁFICAS Y ANEXOS	32

I.- RESUMEN

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR #23, DE HIDALGO DEL PARRAL, CHIH.

Pedro Acosta Aguayo, María Teresa Badillo Montes, Alfredo Acosta Salcido

Introducción. El término depresión incluye un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social. La depresión afecta tanto el funcionamiento ocupacional y social como la salud física de las personas que la padecen. El trabajo de enfermería está inmerso en diversas complejidades que supone el cuidado de la salud del individuo y colectivo. La exposición a factores ambientales laborales y familiares como turnos nocturnos, rotación del personal, demanda del sector salud, sobrecarga laboral, responsabilidades y preocupaciones excesivas, predisponen al equipo de enfermería a padecer trastornos mentales como la depresión. **Objetivo:** Determinar la prevalencia del Trastorno Depresivo y factores asociados en el personal de enfermería en el Hospital General de Zona #23. **Material y Métodos:** Bajo un estudio transversal, observacional, se incluyó un universo, constituido por personal de enfermería de todos los turnos del Hospital General de Zona #23. Se incluyó personal que al momento se encuentre activo y que acepte participar. Se aplicó una encuesta validada, donde se preguntó sobre el diagnóstico del Trastorno Depresivo; se investigaron terceras variables: edad, sexo, estado civil, categoría laboral, turno laboral, comorbilidades. **Análisis estadístico:** Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $p = 0.05$. Se calcularon los factores de riesgo mediante la Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%. **Recursos humanos y materiales:** los aportados por el alumno investigador y se utilizó la infraestructura del HGZ #23,

Hidalgo del Parral. **Resultados:** La distribución de la población de estudio correspondió al 29.3% para sexo masculino y un 70.7% para sexo femenino; en función de la edad el 29.88% de la población se encontró en el rango de 31 a 35 años, seguido de un 21.34% para el rango de 26 a 30 años; el estado civil se encontró que el 53.56% fueron casados, seguidos del 19.51% solteros; en función de la categoría que posee el personal el 78.05% fueron personal de enfermería general, el 19.51% fueron auxiliares de enfermería y solo un 2.44% fueron especialistas; respecto al área en la que se labora se observó que el 31.71% de la población de estudio laboraba en el área de urgencias, seguido de 15.85% y 15.24% correspondientes al área de medicina interna y cirugía respectivamente; en el turno laboral nos arrojó que el 41.46% laboraba en turno nocturno, el 31.10% en turno matutino, el 26.83% en turno vespertino y solo un 0.61% en jornada acumulada; en función de la antigüedad nos reportó un 34.76% para el rango de 0 a 5 años y 16 a 20 años, en el mismo porcentaje para ambos grupos, mientras que para el grupo de mayor antigüedad de 25 a 30 años solo hay un porcentaje de población correspondiente a 4.27%, **Conclusiones:** Se encontró una prevalencia del 8.5% de depresión en los trabajadores de enfermería del hospital general de zona con Mf # 23 de Hidalgo del Parral, Chih, observándose como factores asociados: el sexo femenino, la categoría de enfermera general, el turno nocturno, laborar en el servicio de urgencias, ser soltero, casado o divorciado, antigüedad laboral mayor de 15 años y pertenecer a un grupo de edad diferente a los adultos jóvenes como factores que se asociaron positivamente con cuadros depresivos en esa población.

Palabras clave: Trastorno Depresivo, Enfermería, Factores Asociados

II.- MARCO TEÓRICO

El término depresión es relativamente nuevo, las primeras referencias tanto conceptuales como clínicas de la depresión corresponden a Hipócrates (460-377a.C), primero en definir la melancolía.¹

Hasta el 1800, dicho concepto estaba ligado a la teoría humoral, la cual clasifica a los seres humanos según su temperamento (por líquidos del cuerpo humano), y manifiesta que las enfermedades eran causadas por los humores corporales, en el caso de la melancolía una excesiva o alteración de bilis negra.^{1,2}

El enfoque de la melancolía de aquella época englobaba algo más que tristeza y apatía, en dicho concepto se incluían obsesiones, delirios, demencias e incluso conductas suicidas. Hacia 1820, la escuela alemana bajo la influencia del romanticismo y la natur-filosofía cambia la perspectiva acerca de la melancolía y esta deja de ser un subtipo de manía, un trastorno primario del intelecto y por último irreversible. En definitiva, es definida como un trastorno primario de las emociones.³

Desde la antigüedad también se sospecha una relación entre la melancolía y la manía. En el siglo XVII varios autores como Thomas Willis, Areteo de Capadocia o Burton observan la sucesión de cuadros maniacos y melancólicos en algunos pacientes. Incluso Andrés Piquer describió con suma precisión la enfermedad maniaco-depresiva del rey Fernando.¹

No obstante, deben de pasar algunos años hasta que Falret en 1851, hable de la "folie circulaire"¹ que se caracterizaba por la sucesión de fases opuestas del humor con intervalos de lucidez, reseñando algunas diferencias con la melancolía. Actualmente dicho concepto hace referencia al trastorno bipolar.⁴

El concepto de la melancolía con estas perspectivas va adquiriendo el significado que tiene hoy en día, a pesar de que hasta 1860 no apareció por primera vez en diccionarios médicos de lengua inglesa como se denomina actualmente, depresión.^{2,3}

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una enfermedad frecuente en la población general. Según la Organización Mundial de la Salud, actualmente la padecen más de 35 millones de personas en el mundo. La prevalencia a lo largo de la vida varía entre el 11.1% y el 14.6%, y la incidencia acumulada anual es de 3%.^{5,6} La depresión es una de las causas más frecuentes de discapacidad en el mundo. En el año 2004 ocupó el tercer lugar entre las causas más comunes de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) en el mundo y el primer lugar en los países de ingresos medios y altos. Se calcula que en el año 2020 ocupará el segundo lugar de AVAD en el mundo, y el primero en el 2030.^{7,8,9}

En México según la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003 (revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%. la cifra correspondiente de hombres es de 2.5%.

La depresión afecta tanto el funcionamiento ocupacional y social como la salud física de las personas que la padecen. Suele exacerbar el dolor, el malestar y la discapacidad asociada a otras condiciones médicas, disminuir la adherencia a los tratamientos y aumentar la mortalidad por esas condiciones.^{10,11,12}

Una de las consecuencias más peligrosas del TDM es el suicidio. Los pacientes que sufren depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general; riesgo que se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad.^{13,14,15}

El término depresión incluye un grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social.

El DSM-IV-TR y la CIE-10 incluyen criterios similares para hacer el diagnóstico de un trastorno depresivo cuya severidad es clínicamente importante (episodio depresivo mayor en el DSM-IV-TR o episodio depresivo en la CIE-10). Sin embargo, los dos sistemas no son idénticos. El DSM-IV requiere un mínimo de 5 de 9 síntomas

(que deben incluir afecto depresivo y/o anhedonia) y la CIE-10 requiere 4 de 10 síntomas (que deben incluir al menos dos de los siguientes: afecto depresivo, anhedonia y pérdida de energía). Este hecho podría significar que más personas pueden ser diagnosticadas con depresión empleando los criterios de la CIE-10 en comparación con el DSM IV TR¹⁶, o al menos se identifican dos poblaciones algo diferentes²¹, dado el requerimiento de solo un síntoma clave de dos en el DSM-IV comparado con dos de tres en la CIE-10.

En la aparición de la depresión se entrelazan factores biológicos, condiciones de desarrollo en la infancia, sucesos vitales, la condición de género femenino y circunstancias sociales.²⁸

La salud en el ser humano no es un fenómeno biológico, sino un proceso sociobiológico integrado y dinámico. El hombre y la mujer son seres sociales por excelencia y sus procesos biológicos están en permanente interacción con los procesos sociales, dándose una transformación mutua.

Los hospitales en la actualidad deben cumplir con una serie de exigencias para lograr de alguna manera la satisfacción de los usuarios. No siempre los ambientes de trabajo son los mejores. Existen diferentes situaciones como la inestabilidad laboral, la sobrecarga de horas de trabajo, la inseguridad, la competencia, el mismo contacto con pacientes que adolecen de diferentes problemas de salud que conllevan a que las personas que están encargadas del cuidado directo o indirecto sufran diferentes trastornos del estado de ánimo.^{5,6} Especialmente son los hospitales donde se generan niveles altos de depresión.

El mismo éxito profesional está sometido a una serie de exigencias que en ocasiones llevan a un ritmo de trabajo alto y a dedicar escasas horas a actividades lúdicas, recreativas o a realizar algún tipo de actividad física.¹⁷

La sociedad actual que funciona las 24 horas del día, obliga a las organizaciones y, en consecuencia, a sus empleados a someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida. El trabajo por turnos, fuera de las horas normales del día, es un tema que cobra importancia, ya que son muchas las implicaciones en la salud física y mental de quienes lo realizan.¹⁸

La(el) Enfermera(o) tiene como principal característica la Gestión del Cuidado, es decir conservar la vida asegurando la satisfacción de las necesidades y es reconocida como el único cuidador permanente en el proceso asistencial. Las afecciones de salud mental en las(los) Enfermeras(os) están apareciendo fuertemente en la actualidad, donde destaca el estrés a la salud física, mental y emocional e incluso puede llevar a la depresión y ansiedad.¹⁹

Ser profesional de enfermería significa tener como instrumento de trabajo al propio hombre, por tanto, se trata de una relación humanizadora, que está ligada directa e ininterrumpidamente con el dolor, el morir, el sufrimiento, la desesperación, la incomprensión, la irritabilidad y demás sentimientos y reacciones desencadenadas por el proceso enfermedad. En este contexto, nos encontramos con los profesionales de enfermería que realizan el trabajo a través del sistema de turnos. El efecto del trabajo en turnos para la salud de los profesionales de enfermería se manifiesta principalmente por trastornos neuropsíquicos, enfermedades cardiovasculares y gastrointestinales. Además, la vida social también afecta al individuo, la interferencia en la vida personal y familiar, la dificultad de la participación en actividades sociales y planificación de vida.²⁰

La enfermería es considerada habitualmente como una ocupación muy estresante, con prevalencias altas de trastornos psicológicos relacionados con el estrés, insatisfacción laboral y frecuentes cambios de puesto de trabajo. Existe un gran número de factores de riesgo relacionados con el trabajo que pueden causar estrés en este colectivo de trabajadores. Entre ellos cabe citar: los relacionados con el contenido del trabajo, el grado de responsabilidad, el conflicto y la ambigüedad del rol, los contactos sociales y el clima de la organización, el contacto con pacientes, la carga de trabajo, la necesidad de mantenimiento y desarrollo de una calificación profesional, los horarios irregulares, la violencia hacia el profesional sanitario, el ambiente físico en el que se realiza el trabajo.¹²

Esta situación es preocupante por el absentismo laboral que conlleva, las alteraciones que se originan en las relaciones con los miembros del equipo y sobre todo por la incapacidad de dar cuidados de calidad a los pacientes.¹⁴

Los informes de la Comisión Europea sobre el estrés indican que se puede y se debe intervenir sobre todos los factores de estrés laboral, aconsejando de forma priorizada la prevención a todos los niveles. Para ello es necesario elaborar un diagnóstico previo sobre la situación de estrés en el entorno en el que se desea intervenir.¹⁵

Entre los profesionales y ocupaciones con riesgo de sufrir trastornos mentales se encuentran las de régimen irregular de horario, intensa vida social y con desarraigo familiar.¹⁵

El trabajo de enfermería está inmerso en diversas complejidades que supone el cuidado de la salud del individuo y colectivo, el cual depende de la capacidad de cada uno de los trabajadores para actuar y responder ante situaciones de sufrimiento, dolor, enfermedad y muerte que atraviesa cada paciente; por otra parte, la exposición a factores ambientales laborales y familiares como turnos nocturnos, rotación del personal, demanda del sector salud, sobrecarga laboral, responsabilidades y preocupaciones excesivas, predisponen al equipo de enfermería a padecer trastornos mentales como la depresión.¹⁵

En un estudio realizado en la ciudad de Medellín se encontró que el 9.5% del personal de enfermería tiene riesgo de depresión, reporte similar a lo hallado por Mingote, quien estima que del 10% al 12% del personal de salud sanitaria, perteneciente al sexo femenino, entre ellos enfermería, tienen, a lo largo de su carrera profesional, algún problema de salud mental, entre ellos depresión y ansiedad.¹⁵

A nivel internacional se tiene evidencia de numerosas investigaciones sobre los niveles emocionales del personal del sector salud (Abreu, 2011; Alves, Alves & Pineda, 2007; López, Zegarra & Cuba, 2006; Martínez, Centeno, Sanz-Rubiales & Del Valle, 2009). De Vargas, Vieira, realizaron un estudio en 2011 con trabajadores de enfermería de tres hospitales generales de Sao Paulo, aplicó el Inventario de Depresión de Beck a una muestra de 67 trabajadores; encontraron al 70% sin depresión o con depresión leve; al 21% con depresión moderada y al 9% con depresión grave.¹⁶

En el Estado de Durango, México,²⁵ en el 2009, Lerma, Rosales, Gallegos; realizaron un estudio de investigación titulado “*Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado*”. El objetivo fue conocer la prevalencia de depresión y ansiedad en el personal de enfermería a cargo de pacientes crónicos hospitalizados. La población la conformo 118 enfermeras seleccionadas por muestreo probabilístico. De los cuales el 83,1% son mujeres, 16,9% hombres, destacando que la mayoría de la población se encuentra entre los 39 a 43 años (29,7%) contra un mínimo de 5,1% entre 49-53 años. El 28% cuenta con una antigüedad laboral de entre 16 y 20 años mientras el 12,7% lo ocupan los de 11-15 años de antigüedad. Para la recolección de datos utilizaron instrumentos exprofeso, que toman como referencia la escala de Beck, para medir depresión y escala de Hamilton, para medir ansiedad, ambos ya validados; el resultado concluyo en que la prevalencia de depresión fue de 20,3%, respecto a la población, 16,1% resulto con depresión leve y el 4,2% con depresión moderada. En lo referente a prevalencia en ansiedad, hubo un total de 40,7%, donde la ansiedad menor se manifestó en el 30,5% el otro 10,2% presento ansiedad mayor. Este antecedente contribuye con el estudio ya que nos muestra la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal de enfermería y que es de importancia, ya que estos trastornos van en aumento y sin un tratamiento adecuado en un futuro serán impedimento para que enfermería desempeñe su rol eficazmente.

Ensenada, México,¹⁶ en el 2014, García, Maldonado, Ramírez, realizaron una investigación titulada “*Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México*”. El objetivo fue identificar la existencia de diferencias significativas entre el género y estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) de los trabajadores de una institución del sector salud pública. La muestra fue por conveniencia la cual integró a 130 empleados; en la recolección de los datos fue usada la escala DASS-21. Los resultados identificaron los estados afectivos emocionales dentro de un rango normal y que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género; además, encontraron correlaciones fuertes, positivas y significativas entre las subescalas del DASS-21.

Considerando que el sistema de salud pública de México presenta una problemática muy grave por la falta de recursos y el creciente número de pacientes que demandan atención médica, es imprescindible dirigir la atención a la evaluación de los factores que inciden en la salud de los profesionales que atiende a varios millones y millones de mexicanos.¹⁶

El profesional de la salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes.²⁷

III.- JUSTIFICACIÓN

Dada la frecuencia elevada del trastorno depresivo a nivel mundial, es importante conocer la afectación que sufre el personal de enfermería a consecuencia de dicho trastorno, sabiendo que es una de las principales causas de discapacidad por su inicio temprano, impacto funcional y su tendencia a la cronicidad, contribuye de una forma importante a la carga mundial general de morbilidad.

En el contexto de las organizaciones de la salud, el impacto de la depresión puede conducir a importantes consecuencias tanto para la organización como para la salud física y mental de los trabajadores, pudiendo verse afectada la calidad de la atención brindada por el personal de enfermería, llegando incluso a repercutir directamente en la salud de los pacientes a su cargo.

Por ello resultan necesarios los estudios que, como paso previo a la intervención o prevención de este problema, traten de identificar los niveles de este, existentes en el campo de la enfermería y en distintas unidades de trabajo.

En este contexto, este estudio servirá para incrementar nuestro conocimiento sobre la depresión en la actuación de la enfermería y conocer cuáles son los factores más comúnmente asociados al trastorno depresivo en el personal de enfermería del Hospital General de Zona # 23, de Hidalgo del Parral, Chihuahua y poder establecer medidas preventivas a futuro, buscando lograr una mejora en la calidad de atención hacia nuestros derechohabientes.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vida hospitalaria implica una serie de factores que pueden ser estresantes para la mayoría de las personas. La alta responsabilidad, por ejemplo, que implica el cuidado de la salud de los pacientes que se tienen a cargo, independientemente de la actividad que se realice, es un factor de riesgo para que en un determinado momento el personal de salud sufra de depresión.

La depresión es una enfermedad cada vez más común en las personas adultas y mayores, la cual provoca cambios en el comportamiento y en la manera de pensar de las personas.

Según datos de la OMS, La depresión es un trastorno mental frecuente, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

En México según la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003 (revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9%. Como lo demuestra Lerma, Rosales y Gallegos, (2009), en su estudio donde observan una prevalencia del trastorno depresivo del 20.3% en el personal de enfermería.²⁵

Mudgal Jyoti, Guimaraes Borges Guilherme Luiz, Díaz Montiel Juan Carlos, Flores Yvonne, Salmeron Castro Jorge. En su estudio: *Depresión entre trabajadores de la salud: El papel de las características sociales, el estrés laboral, y enfermedades crónicas*, Salud Ment 2006; 29(5): 1-8, observan una prevalencia del trastorno depresivo del 12%, observándose mayor proporción en mujeres respecto a hombres.²⁶

A nivel internacional se tiene evidencia de numerosas investigaciones sobre los niveles emocionales del personal del sector salud (Abreu, 2011; Alves, Alves & Pineda, 2007; López, Zegarra & Cuba, 2006; Martínez, Centeno, Sanz-Rubiales & Del Valle, 2009). De Vargas, Vieira, realizaron un estudio el 2011 en trabajadores de enfermería de tres hospitales generales de Sao Paulo, encontraron al 70% sin depresión o con depresión leve; al 21% con depresión moderada y al 9% con depresión grave.¹⁶

Uno de los factores de estrés social más severo es el hostigamiento laboral, actos negativos en el trabajo, de los cuales, el personal de salud pocas veces puede defenderse. La evidencia internacional sugiere que la cuarta parte de la violencia se dirige contra trabajadores del sector salud y en especial las enfermeras, problemas que si no se manejan adecuadamente terminan provocando depresión.

El temor a no cumplir las expectativas esperadas por el paciente y por la institución contratante, la falta de reconocimiento dentro del grupo de trabajo, incentivos insuficientes, falta de ambientes laborales agradables, los salarios bajos, demanda de servicios de salud cada vez mayor, malos y limitados espacios físicos, falta de tecnología adecuada, falta de insumos básicos, son elementos que pueden predisponer a la apatía laboral, contribuyendo al posible desarrollo de la depresión.

V.- OBJETIVO

Objetivo general:

Determinar la prevalencia del Trastorno Depresivo y factores asociados en el personal de enfermería en el Hospital General de Zona No. 23.

Objetivos específicos:

- Describir a la población de estudio de acuerdo a las variables: edad, sexo, estado civil, categoría y turno de trabajo
- Determinar la prevalencia de depresión y estratificarla por edad, sexo, categoría y turno laboral
- Identificar la relación del trastorno depresivo con los factores asociados: edad, sexo, estado civil, categoría y turno laboral

VI.- HIPÓTESIS:

La prevalencia de depresión es alta en el personal de enfermería del Hospital General de Zona con Medicina Familiar #23 y está asociada a turno laboral, edad, sexo, estado civil.

Hipótesis alterna:

La prevalencia de depresión es alta en el personal de enfermería del Hospital General de Zona con Medicina Familiar #23 del turno nocturno, mayores de 40 años, de sexo femenino y casadas

VII.- MATERIAL Y MÉTODOS:

1.- Tipo de estudio:

Observacional, Descriptivo, Analítico, Prospectivo y Transversal.

2.- Población, lugar y tiempo de estudio

Personal de enfermería en sus diferentes categorías adscritos al HGZ/MF No 23 en Hidalgo del Parral Chihuahua. En el tiempo comprendido entre los meses de noviembre del 2019 a marzo del año 2020

VIII.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1.- Criterios de inclusión:

- Personal de base de Enfermería y sus diferentes categorías:
 - Enfermería General
 - Auxiliar de Enfermería
 - Enfermera especialista
 - Todos en sus diferentes turnos laborales
- Personal de enfermería con responsabilidad en área clínico-quirúrgica

2.- Criterios de exclusión:

- Personal de enfermería con área de responsabilidad diferente a lo clínico-quirúrgico
- Personal de sustitución
- Jefes de enfermería

3.- Criterios de eliminación:

- Personal con encuestas incompletas
- Personal con respuestas erróneas
- Personas que no cumplan con los puntos anteriores de Inclusión y/o exclusión

IX.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala	Indicador
Depresión	grupo de trastornos emocionales caracterizados por la presencia de un estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las situaciones y experiencias cotidianas, asociado a una variedad de manifestaciones neurovegetativas, comportamentales, cognitivas, físicas y emocionales, acompañado de deterioro funcional y social.	La presencia de la enfermedad en el personal de Enfermería.	Cualitativa	Dicotómica	Si/No

VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Escala	Indicador
Personal de enfermería	Personal profesional de la salud que se especializa en el cuidado de las personas que reciben servicios médicos.	personal a quien se le aplicara la encuesta	Cualitativa	Nominal	

TERCERAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicador
Sexo	Características fenotípicas y genotípicas de cada individuo	Encuesta	Cualitativa	Dicotómica	Femenino Masculino
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Encuesta	Cuantitativa	De razón	Número de años
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Soltero, Casado, unión libre, Divorciado, Viudo
Turno de trabajo	Periodo del día durante el cual el trabajador está a disposición del patrón para prestar su trabajo.	Encuesta	Cualitativa	Policotómica	1.Matutino 2.Vespertino 3.Nocturno 4.Jornada acumulada
Categoría laboral	Área de responsabilidad de la persona trabajadora	Encuesta	Cualitativa	Tricotómica	1.Enfermera general 2.Auxiliar de enfermería 3.Enfermera especialista
Área laboral	espacio o ambiente en donde las personas realizan diferentes labores	Encuesta	Cualitativa	Policotómica	1.Quirofano 2. Medicina Interna 3. Ginecología 4. Pediatría 5.Cirugia 6.Urgencias

X.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El universo de estudio comprende al personal de enfermería, tanto enfermeras generales, como auxiliares y especialistas, los cuales se encuentran adscritos a las diferentes áreas del HGZ/MF No 23. La muestra se determinó en base a un estudio no probabilístico. Seleccionando el total de la población, para un total de 218 individuos, trabajadores del área de la enfermería en sus diferentes categorías y turnos

XI.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizarán pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplan el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplan este supuesto se empleará la mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizará la descripción por medio de proporciones.

Se calculará proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizará la XMH para la determinación de asociación entre la variable dependiente e independiente. Se calculará el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $\alpha = 0.05$. Se calculará los factores de riesgo mediante la Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

XII.- METODOLOGÍA OPERACIONAL

Se entrevistará con el personal de enfermería, al cual previo consentimiento informado se le pedirá llenar una hoja de recolección de datos, solicitando además su autorización para la revisión de su expediente clínico. Se revisará base de datos del SIMF (expediente clínico electrónico) para complementar información. La recolección de datos se realizará en un periodo de cuatro meses para posteriormente realizar los cálculos estadísticos y obtener resultados para realizar el análisis de los mismos. Utilizando para este fin material aportado por el investigador y utilizando las instalaciones del HGZMF#23 de Hidalgo del Parral, chih.

Se tomarán como positivo para el trastorno depresivo todo personal de enfermería que haya sido diagnosticado por médico especialista en psiquiatría.

Hoja de recolección de datos. Anexo 1

XIII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

El carácter retrospectivo del estudio hace que se obtenga información de utilidad clínica, teniendo en cuenta hechos que por diversas circunstancias y están plasmados en el pasado. No afectará el estado de salud actual ni representará un riesgo para la vida del paciente.

El estudio se apega a las normas éticas y reglamentos institucionales como la Ley General de Salud en Materia de Investigación, de la declaración de Helsinki de 1975 y enmiendas posteriores, las Buenas Prácticas Clínicas, las Normas de la ICH. Registro por el CLIES o CNIC.

De acuerdo con el artículo quinto de la Ley General de Salud en su última reforma del 18 de diciembre del 2007, esta investigación contribuye al conocimiento de los procesos biológicos y tecnológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; a la prevención y control de problemas de salud que se consideran prioritarios para la población. Será sometido a una comisión de ética, ya que aunque no se interviene directamente en seres humanos, se interviene aspectos de su atención médica. Esta investigación se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Se adapta a los principios básicos de la investigación y la ética que justifica la investigación médica con una posible contribución a la solución del problema a investigar.
- II. Es el método más idóneo para la investigación en este tema.
- III. Existe la seguridad de que no se expondrá a riesgos ni daños a los pacientes de la institución en la cual se llevará a cabo este protocolo.
- IV. Se contará con la aprobación del comité de ética local antes de interferir en el entorno hospitalario.
- V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

- VI. La investigación será realizada por profesionales de la salud en una institución médica que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- VIII. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite.
- IX. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Se protegerá la información obtenida, todos los resultados serán utilizados cuando se requieran y cuando sea autorizado. Esta investigación se clasifica como **Riesgo Mínimo**, ya que la información será obtenida de manera indirecta mediante el expediente clínico y un cuestionario; y específica a estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los

que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros. El estudio se apegará a lo indicado en la Declaración de Helsinki de la AMM principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, de la 64a Asamblea Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Por lo anterior se solicitará un consentimiento para realizar el estudio. El investigador responsable se compromete a que dicho consentimiento será obtenido de acuerdo con las "Políticas que guían el proceso de consentimiento bajo información en estudios clínicos, investigaciones o ensayos clínicos con participación de seres humanos", y se comprometa también a obtener tres originales de la Carta de Consentimiento Informado debidamente llenadas y firmadas, asegurando que uno de estos originales sea incluido en el expediente clínico físico del paciente, que otro sea entregado al paciente, familiar o representante legal y que el tercero sea resguardado por el investigador durante al menos cinco años, una vez terminado el estudio de investigación.

XIV.- RESULTADOS

La distribución de la población de estudio correspondió al 29.3% para sexo masculino y un 70.7% para sexo femenino; en función de la edad el 29.88% de la población se encontró en el rango de 31 a 35 años, seguido de un 21.34% para el rango de 26 a 30 años; al observar el estado civil se encontró que el 53.56% fueron casados, seguidos del 19.51% solteros; por otro lado, en función de la categoría que posee el personal el 78.05% fueron personal de enfermería general, el 19.51% fueron auxiliares de enfermería y solo un 2.44% fueron especialistas.

Los resultados obtenidos respecto al área en la que se labora se observó que el 31.71% de la población de estudio laboraba en el área de urgencias, seguido de 15.85% y 15.24% correspondientes a el área de medicina interna y cirugía respectivamente; al evaluar el turno laboral nos arrojó que el 41.46% laboraba en turno nocturno, el 31.10% en turno matutino, el 26.83% en turno vespertino y solo un 0.61% en jornada acumulada; finalmente la evaluación en función de la antigüedad nos reportó un 34.76% para el rango de 0 a 5 años y 16 a 20 años, en el mismo porcentaje para ambos grupos, mientras que para el grupo de mayor antigüedad de 25 a 30 años solo hay un porcentaje de población correspondiente a 4.27%, como se puede observar en la tabla 1.

Ahora bien, al analizar la frecuencia de depresión en la población en función del género se encontró que el sexo femenino fue el único que presenta depresión y está representado por el 12% del total de mujeres ya que en el sexo masculino no se encontró manifestación de depresión. En el análisis de prevalencia de la depresión de acuerdo a la razón de momios como medida de asociación se observó que el 8.5 la presenta con un riesgo relativo de padecer depresión de 0.12 en la población de estudio. ver tabla 2 y figura 1.

Al evaluar los factores de riesgo para la presencia de depresión en la población de estudio se encuentran ser divorciado/a, casado/a y soltero/a, lo cual nos sugiere tener más atención en el personal, con esta condición civil como se observa en la tabla 3 y figura 2.

Al evaluar la categoría laboral como factor de riesgo se observó que la depresión se presenta más en personal de enfermería general con un riesgo relativo de 0.37, seguido de auxiliares de enfermería con un riesgo relativo de 1.65 como se observa en la tabla 4, figura 3.

Los turnos laborales también presentan un riesgo relativo significativo en función de la depresión a excepción de la jornada acumulada que no presentó ningún riesgo, pero para el turno nocturno se presentó un valor de 2.5412 seguido del vespertino con 1.0909 y por último el matutino con 0.1704, ver tabla 5 y figura 4.

Considerando el área laboral como factor desencadenante de depresión en función de los riesgos relativos o lo que es lo mismo la relación entre estos dos se encontró que en el área de pediatría no se presentó asociación alguna de riesgo, pero no se puede decir lo mismo para las áreas de cirugía con un riesgo de 0.4277, seguido de Ginecología con 0.8242, le sigue el Quirófano con un riesgo de 0.9361, se continúa con Urgencias presentando 1.1966 y con mayor riesgo de presentar depresión en el área laboral de medicina interna con 2.1231 (ver tabla 6 y figura 5).

Se utilizó también el riesgo relativo para analizar la relación entre la depresión y la antigüedad, encontrándose que en cada uno de los rangos que se clasificaron de la siguiente forma 0-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25 y de 26-30 se encontraron riesgos relativos que oscilaron entre 0.5167 hasta 3.7381 como se puede observar en la tabla 7 lo cual nos permite considerar que en función de los años de antigüedad el riesgo es más evidente y va incrementado conforme se adquieren más años según la tenencia de los datos obtenidos, pero en los primeros años de vida laboral el riesgo sufre variaciones (figura 6).

Los datos que se obtuvieron al evaluar la relación entre la depresión y la edad fueron muy interesantes, ya que cuando la persona entra a la etapa de adulto joven (36-40 años) según lo que nos arrojaron los datos no se presenta ningún riesgo. Pero para los otros grupos de edad el riesgo relativo si se presentó como se puede observar en la siguiente tabla 8, figura 7.

XV.- DISCUSIONES

La depresión constituye un problema importante de salud pública. Se estima que en el mundo representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. Generalmente este problema de salud está asociado a otros problemas como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas. No todas las personas reciben la ayuda necesaria para enfrentar esta enfermedad, muchos no son diagnosticados y por lo tanto no reciben tratamiento.²⁹

La prevalencia de depresión observada en el personal de enfermería que trabaja en el hospital general de zona con Mf # 23 de Hidalgo del Parral, Chih. es del 8.5%, se observó la totalidad de los casos en el sexo femenino. En base a los datos obtenidos podemos decir que la prevalencia no es alta si la comparamos con otro tipo de enfermedades, sin embargo, los resultados obtenidos fueron similares a los encontrados en otros estudios de la misma índole.

Como dato relevante a considerar de nuestro estudio, el hecho de que la mayor prevalencia la presentó el sexo femenino, tal como se observó en la encuesta epidemiológica de salud mental de México en adultos del año 2003(revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refirieron una sintomatología compatible con depresión fue de 5.8%. la cifra correspondiente de hombres fue de 2.5%.¹⁰ Además en un estudio realizado en la ciudad de Medellín se encontró que el 9.5% del personal de enfermería tiene riesgo de depresión, reporte similar a lo hallado por Mingote, quien estima que del 10% al 12% del personal de salud sanitaria, perteneciente al sexo femenino, entre ellos enfermería, tienen, a lo largo de su carrera profesional, algún problema de salud mental, entre ellos depresión y ansiedad.¹⁵ Datos que se observan acorde a lo encontrado en nuestro estudio.

Urbina y Cols., reportaron cifras mayores en comparación a nuestro resultado en un estudio con personas mayores en España concluye que la prevalencia de depresión

es del 19,7%, que esta aumenta con la edad y está asociada con el riesgo social, la comorbilidad, el deterioro cognitivo y la discapacidad. Es importante considerar que el mencionado estudio se realizó en población adulta mayor, la cual puede presentar diversos factores diferentes a nuestra población de estudio, razón por la cual se observa diferencia de los resultados obtenidos.³⁰

Nuestro estudio presentó mayor factor de riesgo para la depresión en los grupos de edad diferentes a los adultos jóvenes, situación similar a un estudio realizado en Colombia, donde Gómez Restrepo y Cols., en un estudio con población de más de 18 años, determinaron que la prevalencia de depresión es del 10,0%, superior a la encontrada en nuestro estudio; con una mayor proporción en las mujeres, y con mayor prevalencia en las personas mayores de 45 años.³¹

Se estima que, en el 2015, la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4%. La depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%).

La prevalencia encontrada fue similar a lo que la literatura menciona, que el 9,2% de la población general han tenido un episodio depresivo y una de cada cinco personas tendrá un episodio a partir de los 75 años.

Es importante que se tomen en cuenta estas cifras porque existe un efecto importante de la depresión en la productividad de las personas. Los pacientes con depresión tienen tasas altas de utilización de los servicios de salud, en especial en las personas de mayor edad. Se dice que el 26% de las personas con depresión no son diagnosticadas, aunque una alta proporción de pacientes tienen contacto con servicios de salud, cerca del 30% nunca reciben ayuda para su depresión.

XVI.- CONCLUSIONES

La mayor parte de la población estudiada fueron menores de 40 años, corresponden al 72% de la población, las mujeres representan el 71.3%, mientras que los hombres corresponden a 28.7%.

Existe una prevalencia del 8.5% de depresión en los trabajadores de enfermería del hospital general de zona con Mf # 23 de Hidalgo del Parral, Chih, observándose como factores asociados: el sexo femenino, ser enfermera general, el turno nocturno, laborar en el servicio de urgencias, ser soltero, casado o divorciado, antigüedad laboral mayor de 15 años y pertenecer a un grupo de edad diferente a los adultos jóvenes son características que se asocian positivamente con cuadros depresivos en esa población. Existe la necesidad de que la institución hospitalaria se preocupe más con la salud física y mental de esos trabajadores, ya que durante la realización del presente estudio el personal de enfermería se vio afectada por la situación de contingencia sanitaria que ocasiono el COVID-19, situación que representa la posibilidad de que en el transcurso de dicha contingencia y con el paso del tiempo, aparezcan mayor números de casos de trastorno depresivo, derivados de la necesidad de laborar con los pacientes afectados por dicha enfermedad emergente y con los riesgos de contagio que ello representa.

Para finalizar, se sugiere que otros estudios de esta naturaleza sean realizados buscando ampliar el conocimiento sobre la temática, los cuales pueden y deben respaldar estrategias que tengan por objetivo asegurar al trabajador de enfermería de la unidad estudiada, calidad de vida en el trabajo, lo que presupone, entre otros aspectos, prestar atención a la presencia de cuadros de depresión entre esos trabajadores.

Implementar programas de salud liderados por un equipo de salud laboral, para brindar un apoyo integral al personal de enfermería que labora en el Hospital General de Zona con MF #23 de Hidalgo del Parral, Chih, que incluya el diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Con charlas educativas y promoción de la salud para adoptar estilos de vida saludables que contribuyan a disminuir los factores de riesgo no asociados a la actividad laboral y tomar en cuenta los factores de riesgo

asociados a la actividad laboral para poder ofrecer un mejor tratamiento y seguimiento de la patología estudiada. Además de estudiar otras patologías que pueden estar asociadas a la depresión como el estrés y la ansiedad.

XVII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Séptima edición. Barcelona: Masson; 2011.
2. Hales Robert E, Yudofsky Stuart C, Schatzberg Alan F, Gabbard Alan F. Tratado de la psiquiatría clínica. Quinta edición. Barcelona: Masson; 2009.
3. Luque R, Berrios Germán E. Historia de los trastornos afectivos. Revista colombiana de psiquiatría [revista en internet]. Octubre 2011 [acceso 3 de marzo de 2015]; 40 (Supl. 1): 120-146.
4. Rigol Cuadra A, Ugalde Apalategui M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. Cuarta edición. Barcelona: Masson; 2000.
5. Carvajal RR, de Rivas Hermosilla S. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. Med Segur Trab Internet. 2011;57(Suplemento 1):1–262.
6. González Ceinos M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Rev Cuba Med Gen Integral. 2007 Mar;23(1):0–0.
7. Pichot P. DSM-IV: Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S.A.; 1995.
8. Lizondo G, Llanque C. Depresión. Rev Paceaña de Med Fam. 2008;5(7):24–31.
9. Peña-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. Depresión en ancianos. Rev Fac Med [Internet]. 2009 [cited 2014 Oct 20];57(4).
10. Esteban RG, Rosa M. El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. 2004;(90):41–56.
11. Astudillo Díaz PR, Alarcón Muñoz AM, Lema García ML. Protectores de estrés

laboral: percepción del personal de enfermería y médicos, Temuco, Chile.

Cienc Enferm. 2009;15(3):111–22.

12. Dois Castellón AM. Hostigamiento laboral: amenaza permanente para enfermería. *Enferm Glob.* 2012;11(4):105–36.

13. Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión

Detection of major depressive disorder in primary care patients. A review

José Manuel Calvo-Gómez¹ • Luis Eduardo Jaramillo-González¹

Recibido: 20/10/2014 Aceptado: 11/02/2015

14. ¿Cuál es el bienestar psicológico del personal de enfermería? Autora: María Fe Gamó González

15. Londoño J, Chica OP, Marín IC. Riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en personal de enfermería, de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de la ciudad de Medellín. *Med U.P.B.* 2017;36(1):34-43. DOI:10.18566/medupb.v36n1.a05

16. Garcia-rivera, Blanca & Maldonado-Radillo, Sonia & Barón, María. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *SUMMA Psicológica UST.* 11. 65-73. 10.18774/448x.2014.11.128.

17. Franco JJD, José J. Estrés alimentario y salud laboral vs. estrés laboral y alimentación equilibrada. *Med Segur Trab [Internet].* 2007 [cited 2014 Jun 10];3(9).

18. Trabajo a turnos, estrés y rendimiento laboral en personal de enfermería.

Sandra Cuadrado García. Director: D. Antonio Cardona Llorens. Tutora: Dña. Carmen Soler Pagán. Septiembre, 2016

19. "Impacto en la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes". Carmen Luz Muñoz Zambrano, Hossn Rumie Díaz, Gabriela Torres Gómez, Karla Villarroel Julio

20. La relación estrés, resistencia y turno de trabajo en enfermeros de un hospital de enseñanza. De Melo Batista, Karla, * Ferraz Bianchi, Estela Regina.

21. La relación estrés, resistencia y turno de trabajo en enfermeros de un hospital de enseñanza

A relação stress, hardiness e turno de trabalho em enfermeiros de um hospital de ensino

The relationship stress, hardiness and turn of nurses working in a teaching hospital

*De Melo Batista, Karla, * Ferraz Bianchi, Estela Regina.

22. Impacto en la salud mental de la(del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes

impact on nurses mental health giving care in stressful situations

Carmen Luz Muñoz Zambrano. Hossn Rumie Díaz. Gabriela Torres Gómez. Karla Villarroel Julio

23. Bienestar subjetivo ansiedad y depresión en enfermeras quirúrgicas

Autor: Verónica Martínez Sánchez. Tutor: Joaquín Tomás Sábado

Sant Cugat del Vallés, Junio de 2016

24. De Vargas D, Vieira DA. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado de Sao Paulo. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2011 Oct; 19(5):1-9.

25. Lerma MV, Rosales AG, Gallegos AM. "Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado".

26. Mudgal Jyoti, Guimaraes Borges Guilherme Luiz, Díaz Montiel Juan Carlos, Flores Yvonne, Salmeron Castro Jorge. En su estudio: Depresión entre trabajadores de la salud: El papel de las características sociales, el estrés laboral, y enfermedades crónicas Salud Ment 2006; 29(5) : 1-8
27. Pedro R. Gil-Monte. El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Piramide 2005.pp 156-192.
28. "*Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de amarilis - huanuco 2015*". CLEMENTE DOROTEO Shayra Louise
29. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depression: state of the art and the need for public policy and action plans in Mexico. Salud Pública México. 2013 Feb;55(1):74–80.
30. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit. 2007 Feb;21(1):37–42.
31. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto D, Gil J, Rondón M, Díaz-Granados N, et al. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev Panam Salud Pública. 2004;16(6):378–86.
32. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Ment. 2012 Feb;35(1):3–11.

XVIII. TABLAS, GRÁFICAS Y ANEXOS

Tabla 1. Distribución de frecuencia de casos en porcentaje para distintas variables evaluadas.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
sexo		
Masculino	48	29.27
femenino	116	70.73
Edad		
20-25	9	5.49
26-30	35	21.34
31-35	49	29.88
36-40	27	16.46
41-45	21	12.80
46-50	8	4.88
51-55	11	6.71
56-60	4	2.44
Estado civil		
Soltero	32	19.51
Casado	88	53.56
Unión libre	24	14.63
Divorciado	17	10.37
viudo	3	1.83
Categoría		
Enfermería general	128	78.05
Auxiliar de enfermería especialista	32	19.51
	4	2.44
Área laboral		
Quirófano	37	22.56
Medicina interna	26	15.85
Ginecología	14	8.54
Pediatría	10	6.10
Cirugía	25	15.24
Urgencias	52	31.71
Turno laboral		
matutino	51	31.10
vespertino	44	26.83
nocturno	68	41.46
Jornada acumulada	1	0.61
Antigüedad (años)		
0-5	57	34.76
6-10	40	24.39
11-15	27	16.46
16-20	24	14.63
21-25	9	5.49
25-30	7	4.27

Fuente: Elaboración propia

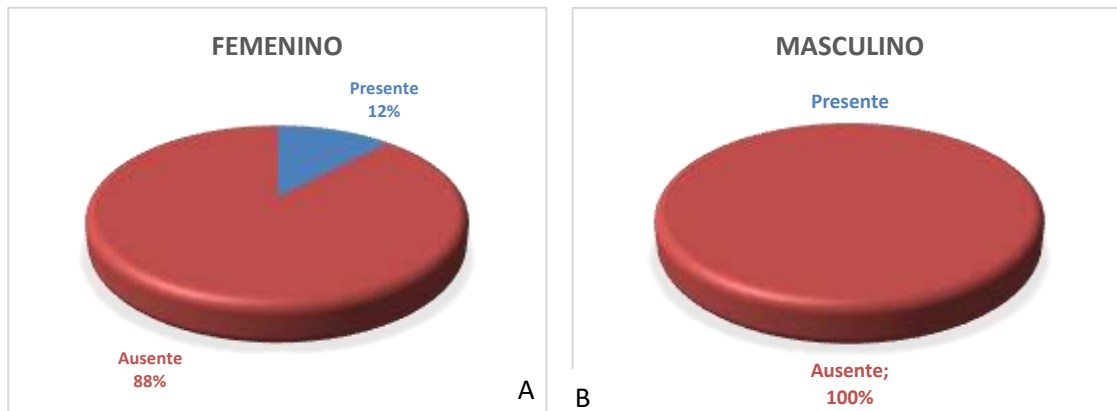


Figura 1. Frecuencia de casos de acuerdo al sexo. A) Distribución para sexo femenino; B) Distribución para el sexo masculino. Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Calculo de la razón de momios para depresión en función de sexo. Donde el riesgo relativo de padecer depresión en sexo femenino es de 0.12. Fuente: elaboración propia.

Sexo	Depresión		Total
	Presente	Ausente	
Femenino	14	102	116
Masculino	0	48	48
Total	14	150	164

Fuente: Elaboración propia

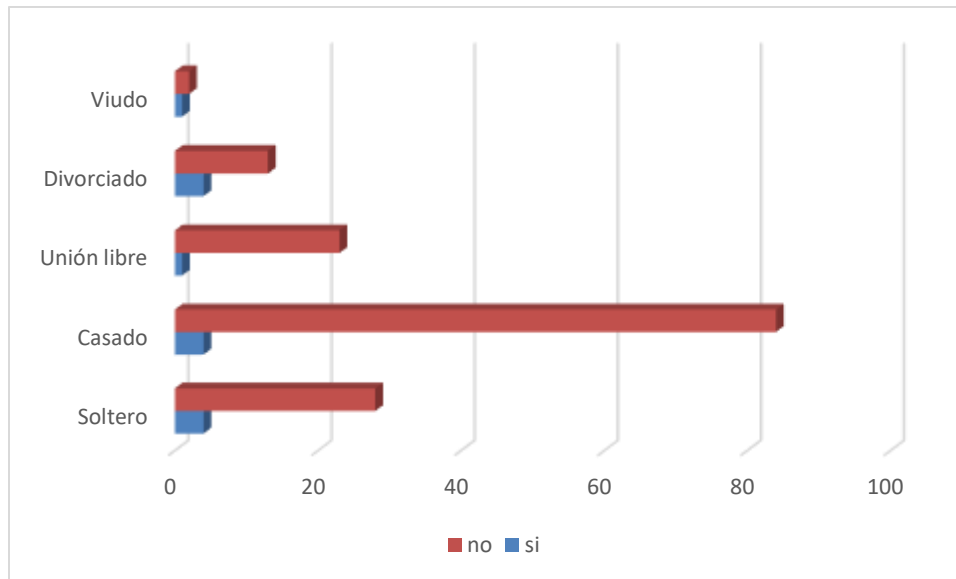


Figura 2. Distribución de casos de depresión de acuerdo al estado civil. Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Factores de riesgo para depresión de acuerdo al estado civil.

		Depresión		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza a 95%	Riesgo relativo	Intervalo de confianza a 95% riesgo relativo
		Si	No					
Estado civil	Soltero (a)	4 (28.57%)	28 (18.66%)	32 (19.51%)	1.749	0.5049 a 5.9632	1.6500	0.5529 a 4.9237
	Casado (a)	4 (28.57%)	84 (56%)	88 (53.66%)	0.3143	0.0943 a 1.0471	0.3455	0.1129 a 1.0568
	Unión libre	1 (7.14%)	23 (15.33%)	24 (14.63%)	0.4247	0.0530 a 3.4061	0.4487	0.0615 a 3.2736
	Divorciado (a)	4 (28.57%)	13 (8.66%)	17 (10.37%)	4.2154	1.1586 a 15.3364	3.4588	1.2163 a 9.8363
	Viudo (a)	1 (7.14%)	2 (1.33%)	3 (1.83%)	5.6923	0.4832 a 67.0567	4.1282	0.7671 a 22.2162
	Total	14 (100%)	150 (100%)	164 (100%)				

Fuente: Elaboración propia

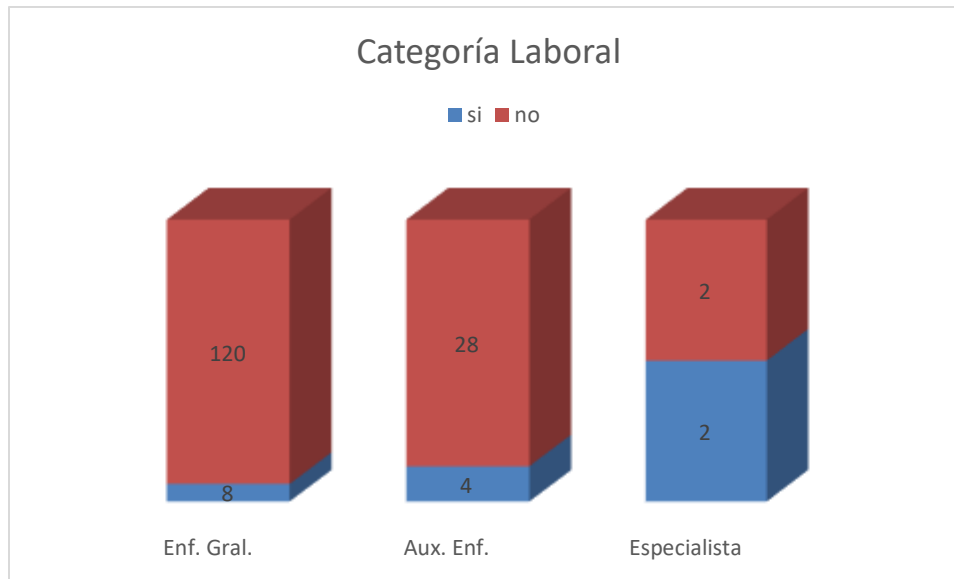


Figura 3. Distribución de factores de riesgo de acuerdo a la categoría laboral.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Factores de riesgo para depresión de acuerdo a la categoría laboral que poseen.

		Depresión		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza 95%	Riesgo relativo	Intervalo de confianza 95% riesgo relativo
		Si	No					
Categoría laboral	Enf. General	8 (57.14%)	120 (78.94%)	128 (78.05%)	0.3333	0.1075 a 1.0335	0.3750	0.1391 a 1.0110
	Aux. de enfermería	4 (28.57%)	28 (18.66%)	32 (19.51%)	1.7429	0.5094 a 5.9632	1.6500	0.5529 a 4.9237
	Especialista	2 (14.28%)	2 (1.33%)	4 (2.44%)	12.3333	1.5936 a 95.4484	6.6667	2.1733 a 20.4506
	Total	14 (100%)	150 (100%)	164 (100%)				

Fuente: Elaboración propia

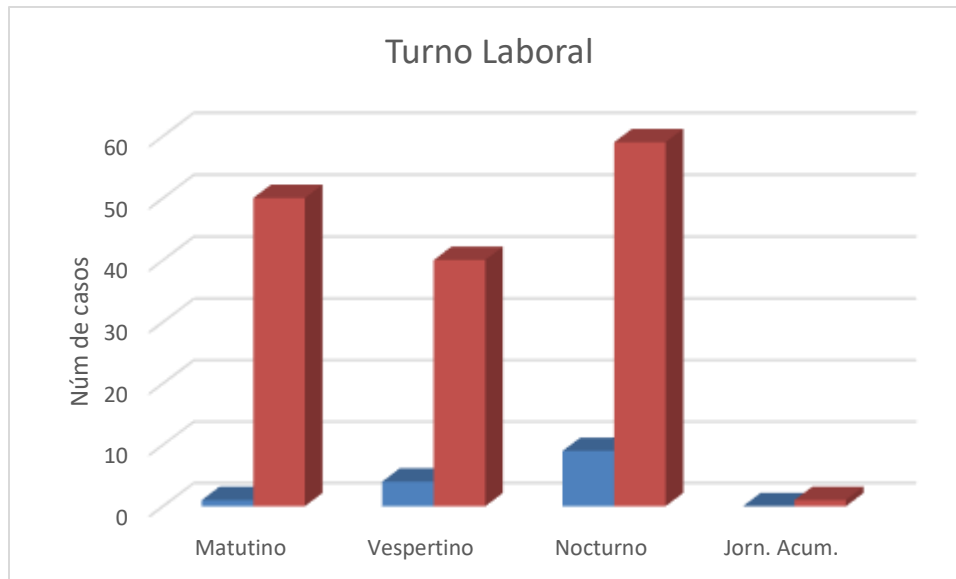


Figura 4. Distribución de casos de acuerdo al turno laboral. Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Análisis de turno laboral como factor de riesgo para depresión.

		Depresión		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza 95%	Riesgo relativo	Intervalo de confianza 95% riesgo relativo
		Si	No					
Turno laboral	Matutino	1 (7.14%)	50 (33.33%)	51 (31.10%)	0.1538	0.0196 a 1.2095	0.1704	0.0229 a 1.2680
	Vespertino	4 (28.57%)	40 (26.66%)	44 (26.83%)	1.1000	0.3265 a 3.7060	1.0909	0.3607 a 3.2998
	nocturno	9 (64.28%)	59 (39.33%)	68 (41.46%)	2.7763	0.8868 a 8.6913	2.5412	0.8909 a 7.2481
	Jornada acumulada	0 (0%)	1 (0.66%)	1 (0.16%)	0.0		0.0	
	Total	14 (100%)	150 (100%)	164 (100%)				

Fuente: Elaboración propia

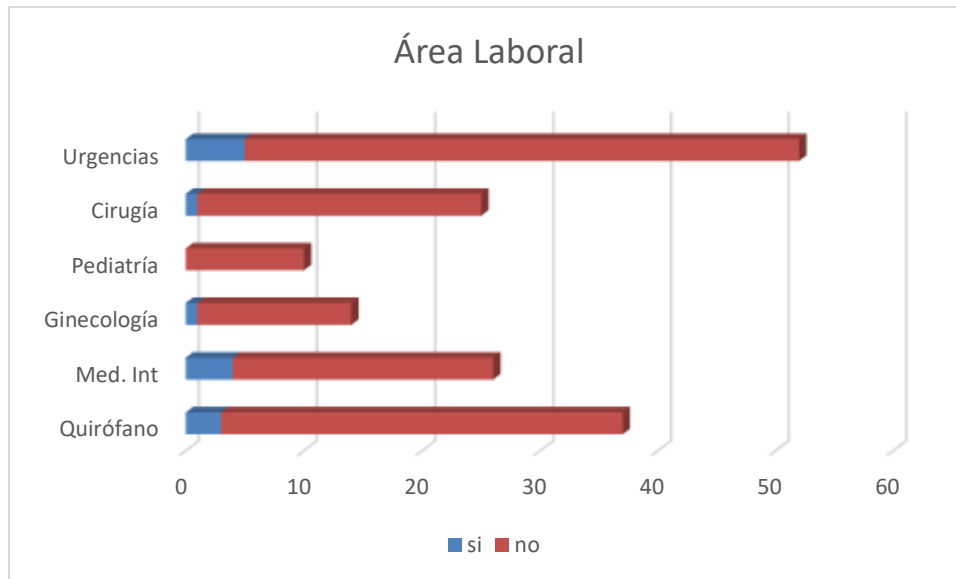


Figura 5. Área laboral como factor de riesgo para depresión. Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Análisis de la relación depresión con el área laboral

	Depresión		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza 95%	Riesgo relativo	Intervalo de confianza 95% riesgo relativo
	Si	No					
Área laboral	Quirófano	3 (21.41%)	34 (22.66%)	37 (22.56%)	0.9305	0.2455 a 3.5272	0.9361 0.2756 a 3.1801
	Medicina interna	4 (28.57%)	22 (14.66%)	26 (15.85%)	2.3273	0.6704 a 8.0792	2.1231 0.7202 a 6.2589
	Ginecología	1 (7.14%)	13 (8.66%)	14 (8.54%)	0.8107	0.0981 a 6.6993	0.8242 0.1162 a 5.8438
	Pediatría	0 (0%)	10 (6.66%)	10 (6.10%)	0.0		0.0
	Cirugía	1 (7.14%)	24 (16.03%)	25 (15.24%)	0.4038	0.0504 a 3.2332	0.4277 0.0585 a 3.1251
	Urgencias	5 (35.71%)	47 (31.33%)	52 (31.71%)	1.2175	0.3869 a 3.8310	1.1966 0.4219 a 3.3940
	Total	14 (100%)	150 (100%)	164 (100%)			

Fuente: Elaboración propia

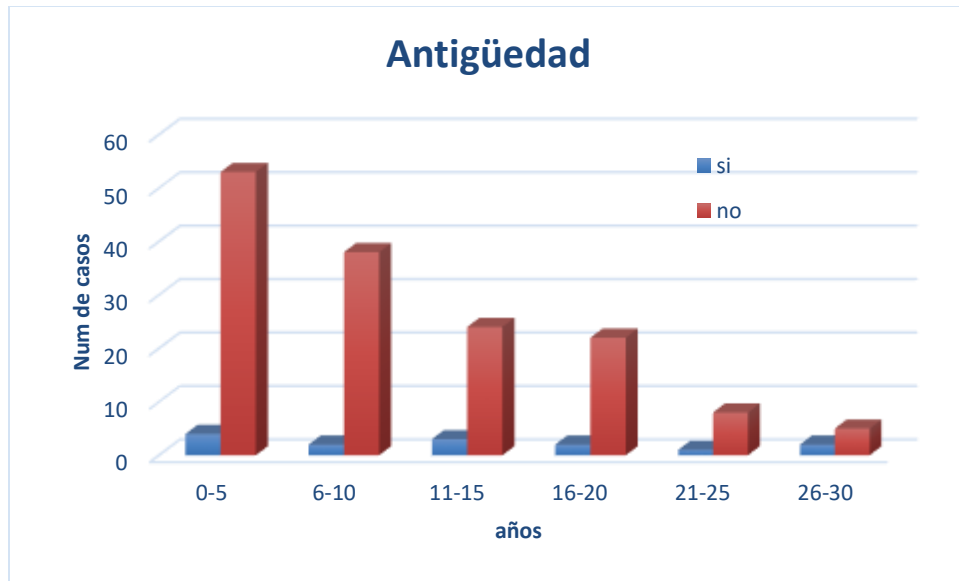


Figura 6. Distribución de casos de depresión en función de la antigüedad. Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Evaluación de la relación depresión con antigüedad.

		Depresión		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza a 95%	Riesgo relativo	Intervalo de confianza a 95% riesgo relativo
		Si	No					
Antigüedad	0-5 años	4 (28.57%)	53 (35.33%)	57 (34.76%)	0.732 1	0.2190 a 2.4473	0.7509	0.2465 a 2.2877
	6-10 años	2 (14.28%)	38 (25.33%)	40 (24.39%)	0.491 2	0.1052 a 2.2947	0.5167	0.1207 a 2.2111
	11-15 años	3 (21.42%)	24 (16.02%)	27 (16.46%)	1.431 8	0.3715 a 5.5183	1.3838	0.4135 a 4.6315
	16-20 años	2 (14.28%)	22 (14.66%)	24 (14.63%)	0.969 7	0.2030 a 4.6320	0.9792 2	0.2320 a 4.0744
	21-25 años	1 (7.14%)	8 (5.33%)	9 (5.49%)	1.205 1	0.1014 a 10.2696	1.1846	0.1718 a 8.1672
	26-30 años	2 (14.28%)	5 (3.33%)	7 (4.27%)	4.883 3	0.8464 a 27.5992	3.7381	1.0276 a 13.5976
	Total	14 (100%)	150 (100)	164 (100%)				

Fuente: Elaboración propia

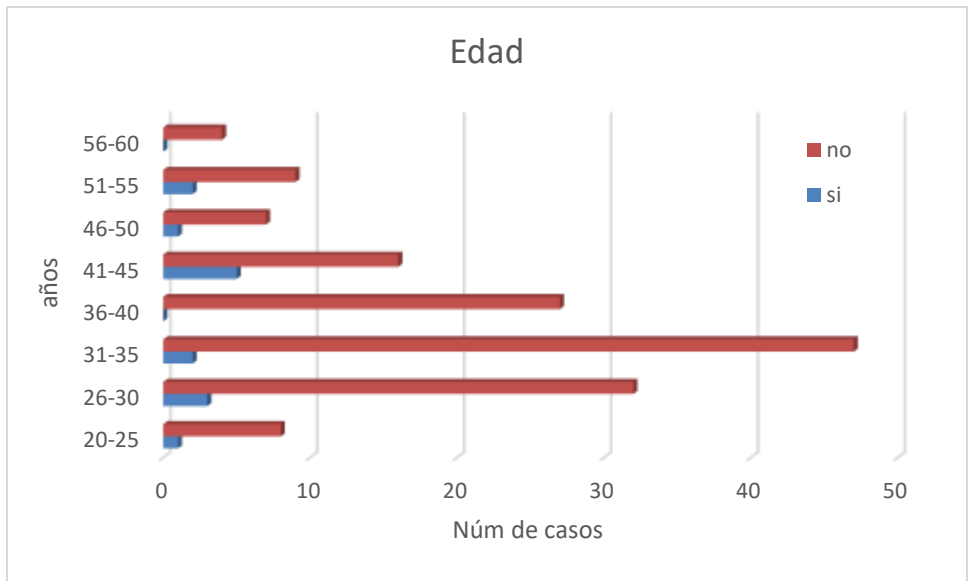


Figura 7. Distribución de los casos de depresión en función de edad

Tabla 8. Análisis de la relación depresión y edad.

		Depresión		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza a 95%	Riesgo relativo	Intervalo de confianza a 95% riesgo relativo
		Si	No					
Edad	20-25 años	1 (7.14%)	8 (5.33%)	9 (5.49%)	1.3654	0.1583 a 11.7800	1.3248	0.1943 a 9.0333
	26-30 años	3 (21.42%)	32 (21.33%)	35 (21.34%)	1.0057	0.2647 a 3.8215	1.0052	0.2966 a 3.4071
	31-35 años	2 (14.28%)	47 (31.33%)	49 (29.88%)	0.3652	0.0786 a 1.6972	0.3912	0.0909 a 1.6828
	36-40 años	0 (0%)	27 (18.03%)	27 (16.46%)	0.0		0.0	
	41-45 años	5 (35.71%)	16 (10.66%)	21 (12.80%)	4.6528	1.3876 a 15.6010	3.7831	1.4020 a 10.2077
	46-50 años	1 (7.14%)	7 (4.66%)	8 (4.88%)	1.5714	0.1793 a 13.7738	1.5000	0.2231 a 10.0867
	51-55 años	2 (14.28%)	9 (6%)	11 (6.71%)	2.6111	0.5057 a 13.4819	2.3182	0.5913 a 9.0879
	56-60 años	0 (0%)	4 (2.66%)	4 (2.44%)	0.0		0.0	
	Total	14 (100%)	150 (100%)	164 (100%)				

Fuente: Elaboración propia

Anexo 1.- Hoja de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN CHIHUAHUA
HGZ/MF No 23



Fecha: _____

Por favor conteste cada uno de los ítems de este cuestionario. Marque con una X sobre la línea contigua a la respuesta que corresponda.

Estado civil: Soltero(a) _____ Casado (a) _____ unión libre _____ Divorciado (a) _____
Viudo (a) _____

Edad: _____ Años

Sexo: Masc _____ fem _____

Categoría: Enfermería General _____ Auxiliar de enfermería _____ Licenciatura _____

Área laboral: Quirófano _____ Ginecología _____ Medicina interna _____ Pediatría
Cirugía _____ Urgencias _____

Turno laboral: Matutino _____ vespertino _____ nocturno _____ jornada acumulada _____

Antigüedad laboral: _____ Años

Padece usted alguna patología Psiquiátrica: Si _____ No _____

¿Cuál?: Depresión _____ Ansiedad _____ Ambos _____ Otro _____

Fecha de diagnóstico del trastorno depresivo: _____

Especialidad médica que emitió el diagnóstico: Psiquiatría _____ Medicina
familiar _____ Otra _____

Comorbilidades (otras patologías agregadas):

Numero de Instituciones en las que labora: _____

Anexo 2: Hoja de consentimiento informado:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
HGZ MF#23 HIDALGO DEL PARRAL, CHIHUAHUA.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO Y FACTORES ASOCIADOS EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 23.
Lugar y fecha	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Es importante conocer la afectación que sufre el personal de enfermería a consecuencia del trastorno depresivo, sabiendo que es una de las principales causas de discapacidad por su inicio temprano, impacto funcional y su tendencia a la cronicidad.</p> <p>El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del trastorno depresivo y sus factores asociados en el personal de enfermería del hospital general de zona mf#23 en hidalgo del parral, chihuahua, México.</p>
Procedimientos:	Se le pedirá a usted que responda un cuestionario para conocer datos sobre sus antecedentes personales y posible diagnóstico de trastorno depresivo
Posibles riesgos y molestias:	No representa ningún riesgo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar los principales factores asociados atribuidos al trastorno depresivo y de esta manera contribuir a la prevención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará información sobre el resultado final de esta investigación.
Participación o retiro:	La participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento en que así lo decida y lo exprese a los investigadores responsables, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se garantiza que la información solo será utilizada para los fines del presente estudio, salvaguardando la confidencialidad y privacidad de la misma. Autorizó a los investigadores y a quienes ellos indiquen a realizar el cuestionario que conforma el proyecto y hacer uso de la información con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Pedro Acosta Aguayo Mat. 99086639, Tel 627 1044727. R1 Medicina Familiar

Colaboradores:

Dra. María Teresa Badillo Montes, Médico especialista en Medicina Familiar

Dr. Alfredo Acosta Salcido, Médico Especialista en Medicina Familiar

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma