



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR  
CDMX  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UMF/UMAA 161**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
(MEDICINA FAMILIAR)**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL PERSONAL  
DE SALUD DE LA UMF/UMAA 161.**

**P R E S E N T A**

**HERNANDEZ ZARATE AURA EDITH**

Médica/o Residente de Tercer Año

**UMF/UMAA 161**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Paul Gonzalo Vazquez Pátron**

Especialista en Medicina Familiar

Maestro en Ciencias de la salud (Investigación Clínica)

**UMF/UMAA 161**

**ASESOR CLÍNICO:**

**Dr Carlos Hernández Vega**

Especialista en Psiquiatría

**Araceli Dorotea Sandoval Romero**

Especialista en Medicina Familiar

Maestra en Docencia

**UMF/UMAA 161**

**ASESOR METODOLÓGICO:**

**Manuel Millán Hernández**

Especialista en Medicina Familiar

Maestro en Gestión Directiva en Salud

Doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud

Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS

Departamento de Investigación en Educación Médica

Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.

Ciudad de México, abril de 2023.

Número de folio: **F-2023-3605-019**

Número de registro: **R-2023-3605-038**



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.

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL PERSONAL  
DE SALUD DE LA UMF/UMAA 161.**

**AUTORIZACIONES**

---

**HERNANDEZ ZARATE AURA EDITH**

Médica/o Residente de Tercer Año  
Medicina Familiar  
**UMF/UMAA 161**

---

**Paul Gonzalo Vazquez Pátron**

Especialista en Medicina Familiar  
Maestría en Ciencias de la salud (Investigación Clínica)  
**UMF/UMAA 161**  
DIRECTOR DE TESIS

---

**Dr Carlos Hernández Vega**

**Especialista en Psiquiatría**  
**Araceli Dorotea Sandoval Romero**  
Especialista en Medicina Familiar  
Maestría en Docencia  
UMF/UMAA 161  
**ASESOR CLÍNICO**

---

**Manuel Millán Hernández**

Especialista en Medicina Familiar  
Maestro en Gestión Directiva en Salud  
Doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud  
Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10 IMSS  
Departamento de Investigación en Educación Médica  
Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.

**ASESOR METODOLÓGICO**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL PERSONAL  
DE SALUD DE LA UMF/UMAA 161.**

**AUTORIZACIONES**

---

**DRA DALILA HUERTA VARGAS**

Director

**UMF/UMAA 161**

---

**Paul Gonzalo Vazquez Pátron**

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

**UMF/UMAA 161**

---

**Araceli Dorotea Sandoval Romero**

Profesora Titular de la Especialidad en Medicina Familiar

**UMF/UMAA 161**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL PERSONAL  
DE SALUD DE LA UMF/UMAA 161.**

**AUTORIZACIONES**

---

**Javier Santa Cruz Varela**

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México

---

**Geovani Lopez Ortiz**

Coordinador de Investigación  
Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México

---

**Isaias Hernández Tores**

Coordinador de Docencia  
Subdivisión de Medicina Familiar  
División de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina  
Universidad Nacional Autónoma de México



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 3605.  
H. CPAL ZONA -HF- NUM 8

Registro COFEPRIS 17 CI 09 010 051

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 010 2018072

FECHA Viernes, 03 de marzo de 2023

**M.C. Paul Gonzalo Vázquez Patrón**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA UMF/UMAA 161** 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-2023-3605-038

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

**Guillermo Bravo Mateos**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3605

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité de Ética en Investigación **36058**.  
H GRAL ZONA - MF - NUM 8

Registro COFEPRIS 17 CI 09 010 051  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 010 2018072

FECHA Miércoles, 01 de marzo de 2023

**M.C. Paul Gonzalo Vázquez Patrón**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA UMF/UMAA 161** 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**:

<p>Número de Registro Institucional</p> <p>Sin número de registro</p>
---

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

**M.E. NORMA VERA BALLESTEROS SOLIS**  
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 36058

Imprenta

**IMSS**

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS**

Dedico este proyecto a cada uno de mis seres queridos, quienes han sido mis pilares para seguir adelante, que con mucho esfuerzo, esmero y trabajo lo he logrado.

Esta investigación fue posible gracias a la participación de mis asesoras y asesores, Paul Vázquez Patrón, Araceli Sandoval Romero, Manuel Millán Hernández, Carlos Hernández Vega y Rosario Lita Morales, quienes fueron partícipes y realizaron lo necesario para que este trabajo se concluyera de manera exitosa, gracias su apoyo, confianza, disponibilidad, paciencia.

El éxito depende del esfuerzo (Sófocles)

## ÍNDICE

1. Resumen	2
2. Antecedentes	3
3. Justificación	12
4. Planteamiento del problema	13
5. Objetivos 5.1 Objetivo general 5.2 Objetivos específicos	14
6. Hipótesis	14
7. Material y método 7.1 Diseño de estudio 7.2 Criterios de selección 7.3 Control de calidad	16
8. Muestreo	17
9. Variables 9.1 Lista de variables 9.2 Operacionalización de variables	18
10. Descripción del estudio	19
11. Análisis estadístico	20
12. Consideraciones éticas 12.1 Internacionales 12.2 Nacionales	21
13. Recursos	25
14. Limitaciones y Beneficios	26
15. Cronograma	27
16. Resultados	29
17. Discusión	30
18. Conclusiones	32
19. Referencias	33
20. Anexos	44

## RESUMEN

### PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA UMF/UMAA 161.

**Autores:** Hernández Zárate Aura Edith 1, Vázquez Patrón Paul Gonzalo 1. Residente De Tercer Año del Curso De Especialización En Medicina Familiar. Unidad De Medicina Familiar Con UMAA 161 IMSS 2. Médico Especialista En Medicina Familiar, Coordinador Clínico De Educación E Investigación En Salud. Unidad De Medicina Familiar Con UMAA 161.

**INTRODUCCIÓN:** La depresión es un padecimiento que se caracteriza por un abatimiento en el estado de ánimo que conlleva un estado de distanciamiento emocional y cognitivo en las actividades diarias. A pesar de los avances innegables en el conocimiento sobre la etiología y alternativas de atención, los trastornos depresivos continúan siendo un problema grave de salud pública en todo el mundo, así como en México. Por lo que se busca identificar de manera oportuna el padecimiento en nuestro personal de salud de la UMF161 / UMAA con el fin de reconocer los factores de riesgo asociados a la patología y brindar la atención oportuna de acuerdo a la gravedad del cuadro, evitando repercusiones tanto familiares, sociales, laborales, y económicas que afecten la calidad de vida del paciente, llegando en algunos casos a desembocar en consecuencias fatales para los médicos, esto puede traducirse en una disminución de la atención y la precisión en el diagnóstico, decisiones clínicas menos acertadas y una menor capacidad para brindar la atención compasiva y de alta calidad que los pacientes merecen.

**OBJETIVO.** Determinar la prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/ UMAA 161.

**METODOLOGÍA.** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Pacientes de 23 a 60 años que laboran en la UMF/UMAA 161 en el área médica y de enfermería. Aplicación de escala de Hamilton y hoja de recolección.

**RESULTADOS.** La prevalencia de depresión fue del ( 51.4%) en el personal de enfermería, media de edad de 40.60 años (11.599), mujeres 72.7%, casadas (53.3%), antigüedad media de 8 años , sin antecedentes de depresión (95.3%), turno matutino 45.3%, con una mediana de 8 horas, descansos fin de semana 80.7%, puntaje de escala de Hamilton con media de 5.98 (5.773) y sin antecedente de depresión 63.3%.

**CONCLUSIONES:** En la población estudiada se observó que la prevalencia de depresión fue mayor en el personal de enfermería, sus características socio demográficas que en su mayoría casadas, con antigüedad laboral cercana a una década, del turno matutino con una jornada laboral de 8 horas y principalmente semana laboral con descansos sábado y domingo. En 4 de cada 10 participantes del personal de enfermería se identificó la presencia de depresión con la escala aplicada.

## MARCO TEÓRICO

**Depresión:** La depresión es un trastorno frecuente que implica un estado de ánimo deprimido y/o la pérdida casi completa de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban.<sup>(1)</sup>

La depresión se ha definido como un trastorno del estado de ánimo su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad, estado que puede ser transitorio o permanente. Se sabe que la depresión altera el desempeño laboral sobre los médicos y enfermeras.<sup>(2)</sup>

La organización mundial de la salud define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.<sup>(2,3)</sup>

La depresión es frecuente en diferentes situaciones tales como la excesiva demanda asistencial inherente al trabajo en una institución pública de salud, a esta insatisfacción se suele hacer referencia de varias maneras: Estrés, burnout, depresión, ansiedad, agotamiento psíquico e insatisfacción. Estas manifestaciones, resultan de importancia para la depresión.<sup>(4)</sup>

“La pandemia evidenció el desgaste del personal de salud y en los países en los que el sistema de salud colapsó, el personal sufrió jornadas extenuantes y dilemas éticos que impactaron en su salud mental”.<sup>(5)</sup>

La alta prevalencia de síntomas depresivos en los trabajadores de atención de salud es motivo de gran preocupación, dado que tiene repercusiones para los trabajadores (discapacidad, disminución de la productividad y suicidio) y los pacientes (negligencia profesional, errores de prescripción y resultados adversos de salud en los pacientes).<sup>(6)</sup>

Enfermería es considerada una profesión con prevalencias altas de trastornos psicológicos, los cuáles influyen de forma negativa en la salud y la calidad de vida de este colectivo, afectando en el ausentismo laboral y la calidad del trabajo realizado entre otros.<sup>(7)</sup>

La tasa de depresión, agotamiento y suicidio en los profesionales médicos se encuentra en cifras superiores a la población general, sin embargo, en nuestro país hay poca difusión, de la misma manera son pocos los hospitales que llevan a cabo estrategias de prevención y manejo.<sup>(8)</sup>

## **Epidemiología:**

(OMS) Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres). A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión. La depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. <sup>(8)</sup>

(IMSS) La prevalencia de depresión es de 5.8 % en hombres y 9.5% en mujeres <sup>(9)</sup>

En el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México. DF. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. <sup>(10)</sup>

Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México señalan que el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento en su vida. <sup>(10)</sup>

## **Factores de riesgo**

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres.

Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor. <sup>(11)</sup>

El estado civil ( soltero, divorciado o viudo) así como el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión.

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. <sup>(11)</sup>

Los trabajadores deprimidos siguen trabajando, pero tienen un rendimiento inferior debido a sus síntomas y existe más probabilidades de cometer más errores de medicación, caídas de pacientes y, en general, una peor calidad de la atención recibida por los pacientes. <sup>(12)</sup>

Se observó que en personal de enfermería, ciertos factores relacionados con el proceso de trabajo como áreas de actividad, relaciones interpersonales, turno de trabajo, sobrecarga, problemas de horario de trabajo, autonomía y ejecución de tareas, asistencia al paciente, tensión, apoyo social, inseguridad, así como factores externos al trabajo, como el género, la edad, la carga de trabajo doméstico, el apoyo y la renta familiar, el estado de salud y las características individuales se relacionan con los factores desencadenantes de la depresión. <sup>(13,14)</sup>.

Se observó que, en personas sometidas a situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como los médicos que laboran en un hospital, la frecuencia de depresión es 12,8%, siendo 47.5%

en médicos residentes, con una frecuencia de síntomas depresivos entre 7% y 56%. Si el trastorno depresivo no se trata adecuadamente. Se tiende a la cronicidad e incrementa el riesgo de suicidio a seis veces mayor al de la población general. <sup>(15)</sup>

De hecho, la capacidad del médico para hacer frente a situaciones difíciles puede aumentar la confianza en sí mismo y mejorar la sensación de bienestar y de ser útil. Por otro lado, un grado exagerado de estrés puede conducir a una disminución de la satisfacción, socavando la salud mental y física del médico y finalmente a un síndrome psicológico conocido como agotamiento. <sup>(16)</sup>

La residencia rotatoria de pregrado es un período estresante y abrumador en el que trabajan largas horas y durante el cual la vida de los demás depende de este personal a medida que aumentan su base de conocimiento de manera exponencial, teniendo varios mandos que hacen estresante sus labores. <sup>(17)</sup>

El impacto del estrés laboral sobre la salud produce un desgaste paulatino y permanente de los sistemas biológicos pudiendo provocar entre otras enfermedades físicas, deterioro psicoemocional, trastornos de la conducta y alteraciones intelectuales. <sup>(17)</sup>

Las consecuencias personales y profesionales de la depresión en el personal de salud pueden ser devastadoras, pues al final se afecta la calidad de la atención que se otorga a los pacientes y a sus familiares así mismo afectando la calidad de vida de quien lo padece. <sup>(18)</sup>

Un aspecto importante que se vio afectado durante la pandemia fue la salud mental de la población, pues varios estudios reportaron un aumento de estrés, depresión e incluso intentos de suicidio. Esto se pudo evidenciar sobre todo en el personal de salud, pues no solo se encontraban en constante contacto con pacientes que habían contraído esta enfermedad, sino que a esto se le sumó la falta de insumos, de personal y el colapso médico de los distintos centros de salud, además del miedo de enfrentarse a una enfermedad desconocida, el miedo de contagiarse o contagiar a otros. <sup>(18)</sup>

De ahí la importancia de conocer en nuestro medio la presencia de depresión en el personal de salud como médicos y enfermeras.

### **Fisiopatología:**

La depresión es un trastorno multifactorial, ya que su desarrollo depende de diferentes causas que interaccionan. Aproximadamente un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado y dos tercios ambiental.

El mecanismo por el cual estas experiencias tempranas aumentan el riesgo de depresión incluye no solo procesos psiquiátricos, sino también constructos psicosociales que convierten una

experiencia traumática transitoria en una vulnerabilidad a largo plazo. Por ejemplo, la pérdida de un progenitor o la baja calidad de los cuidados parentales provocan baja autoestima e inestabilidad emocional y puede disminuir la capacidad para conseguir relaciones cercanas y así diluir la calidad del apoyo social y su disponibilidad en etapas posteriores de la vida.<sup>(20)</sup>

La serotonina es un neurotransmisor, producido a partir del triptófano. Este neurotransmisor ha sido considerado el protagonista en la dinámica de la fisiopatología de la depresión. Esta amina juega un rol elemental en la manifestación de síntomas depresivos tales como el humor depresivo, culpa, disgusto, miedo, hostilidad, ansiedad, irritabilidad, soledad, temperamento delicado, entre otros. También ejerce funciones de movimiento, apetito sexual, funciones cardiacas, apetito, el ciclo vigilia del sueño, etc. <sup>(19)</sup>

La norepinefrina, cuyo precursor es la dopamina, ejerce sus funciones en el sistema nervioso central y periférico. Cuando este neurotransmisor se encuentra en déficit, se asocia con la aparición de anhedonia, pérdida de energía y pasión. También se incluye una disminución en el placer, interés, felicidad, alerta, energía y confianza.

Dopamina: La dopamina es una catecolamina cuyo precursor es la tirosina. Este neurotransmisor regula las funciones motoras, emocionales y cognitivas. También juega un rol importante en la concentración, la velocidad psicomotora y habilidad para experimentar placer. Sus bajos niveles en el organismo de las personas están asociados a la aparición de desesperanza, ánimo bajo y anhedonia. <sup>(19)</sup>

La depresión es un trastorno multifactorial, ya que su desarrollo depende de diferentes causas que interaccionan. Aproximadamente un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado y dos tercios ambiental.

#### Cambios celulares y moleculares

Por otro lado, la depresión se asocia a una alteración del ciclo vital de las neuronas ya que el aumento de la concentración del cortisol puede contribuir a la degeneración y muerte neuronal, en la medida en que este incremento reduce la concentración de los niveles de factor neurotrófico derivado del cerebro, factor crítico para el ciclo vital de las neuronas. De esta manera, algunos estudios preclínicos muestran que en la depresión, así como en el dolor y en el estrés, la neurogénesis y la producción de BDNF se encuentran disminuidos.<sup>(21)</sup>

#### **Diagnóstico.**

Escala de Hamilton para la depresión, instrumento heteroaplicado, su versión abreviada consta de 17 ítems, recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Evalúa el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. El marco de referencia temporal

es en el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño, los cuales se exploran dos días previos. Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52.

Los puntos de corte que se utilizan

son:0-7: no depresión

8-13: depresión menor

14-18: depresión moderada

19-22: depresión severa

>23: depresión muy severa

Sensibilidad de 92%, Especificidad de 74%, área bajo la curva de 0.59<sup>(22)</sup>

### **Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5**

Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

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

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.<sup>(23)</sup>

## **TRATAMIENTO:**

El tratamiento de la depresión debe ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional.

El manejo de la depresión debería incluir psicoeducación, apoyo individual y familiar, coordinación con otros profesionales, atención a las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico. La selección inicial de la modalidad y el ámbito de tratamiento se debería realizar en función de los hallazgos clínicos y de otros factores, como la historia previa, la disponibilidad de los tratamientos, la preferencia de los pacientes y la capacidad de apoyo y contención del entorno. El objetivo principal del tratamiento antidepresivo, cualquiera que sea su modalidad, es lograr la remisión total de los síntomas y permitir la recuperación de la funcionalidad de los pacientes.<sup>(24)</sup>

Terapia cognitivo-conductual (TCC): La TCC es una terapia que se enfoca en cambiar los patrones de pensamiento y comportamientos negativos asociados con la depresión. Ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la depresión y suele ser uno de los enfoques más utilizados.<sup>(25)</sup>

Psicoeducación: La psicoeducación es una herramienta que busca que pacientes y familias conozcan la naturaleza de la enfermedad, promoviendo la autonomía, el empoderamiento y la reintegración social, así mismo puede ayudar a los individuos a comprender mejor su condición y aprender estrategias para manejarla.<sup>(26)</sup>

Ejercicio físico: La actividad física regular se ha asociado con mejoras en el estado de ánimo y puede ser un complemento útil para el tratamiento de la depresión y debe ser continuado a largo plazo, con el fin de mantener sus beneficios iniciales. <sup>(27)</sup>

Meditación y mindfulness: Estas pueden ayudar a reducir el estrés y mejorar la atención plena, lo que prácticas pueden ser beneficiosas para las personas con depresión.<sup>(28)</sup>

Durante el primer episodio depresivo el médico suele prescribir fármacos antidepresivos, sólo los casos más leves se solucionan con psicoterapia y sin medicación. En la fase aguda el objetivo es eliminar todos los síntomas del episodio, durante varias semanas, hasta que haya una respuesta clínica positiva importante con una mejoría del 50% de los síntomas. En la fase de continuación,

si el paciente consigue la recuperación (4-9 meses sin sintomatología), el médico podría tratar de interrumpir la medicación, aunque puede tomar la decisión de realizar una fase de mantenimiento, para evitar las recurrencias. Esta puede durar desde 1 año hasta toda la vida, dependiendo de las probabilidades de nuevos episodios, y en este caso, se suelen prescribir antidepresivos solos o asociados a psicoterapia. <sup>(29)</sup>

### **Tratamiento Escalonado**

El primer nivel se abordará el tratamiento de la depresión leve, basado fundamentalmente en psicoeducación, apoyo, ejercicio físico e intervenciones psicológicas.

El segundo nivel de tratamiento se dirige a la depresión moderada, y se basa principalmente en el tratamiento farmacológico o intervenciones psicológicas.

El tercer nivel es el de la depresión grave o resistente, en el que los tratamientos principales son el combinado (antidepresivos + psicoterapia) y/o las estrategias farmacológicas en depresión resistente. Cuando estas opciones no han sido efectivas, es necesario valorar el ingreso hospitalario y la terapia electro-convulsiva. <sup>(30)</sup>

### **Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina:**

El mecanismo de acción común de este grupo de antidepresivos es la inhibición del transportador de serotonina (SERT), que en condiciones normales reintroduce la serotonina sináptica a la neurona para ser reciclada; de esta manera, es libre de actuar en receptores postsinápticos y en autorreceptores 5-HT<sub>1A</sub>. Actualmente se encuentran disponibles 6 ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram), los cuales comparten el mecanismo de bloqueo en SERT, aunque difieren en su acción secundaria sobre otros receptores, otorgándoles discretas diferencias en sus efectos clínicos terapéuticos y secundarios. <sup>(31)</sup>

### **Inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN):**

Bloquean el transportador de noradrenalina (NAT) razón por la cual son conocidos como antidepresivos “duales”. Esto no sólo incrementa las concentraciones sinápticas de 5-HT y Na, sino que también aumenta las concentraciones de dopamina a nivel de corteza prefrontal. Los IRSN disponibles en la actualidad son venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina y milnacipran. <sup>(32)</sup>

### **Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina (IRND):**

Este tipo de antidepresivos ejerce su acción a través de la inhibición del NAT y DAT, lo que incrementa las concentraciones sinápticas de Noradrenalina y Dopamina. El único fármaco disponible de este grupo es el bupropion o anfebutamona. <sup>(32)</sup>

### **Inhibidores selectivos de recaptura de noradrenalina (ISRN) :**

Bloquean el NAT, provocando mayor disponibilidad sináptica de NA general, y de DA a nivel de corteza prefrontal. Su uso clínico como antidepresivos actualmente es controversial, y principalmente se indican como tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estos fármacos son la reboxetina y la atomoxetina.<sup>(33)</sup>

#### **Antagonistas alfa-2:**

El mecanismo de acción de este grupo de antidepresivos es el bloqueo de autorreceptores y heterorreceptores  $\alpha_2$  noradrenérgicos. En condiciones fisiológicas, la activación de este receptor evita la liberación de noradrenalina y serotonina, por lo que al antagonizar con estos fármacos, se produce un efecto similar al de los IRSN: liberación tanto de NA como de 5-HT. Los principales representantes de este grupo farmacológico son la mirtazapina y mianserina.<sup>(34)</sup>

#### **Antidepresivos tricíclicos (ATC):**

Bloquean la recaptura de serotonina y noradrenalina. Sin embargo, los ATC además tienen acciones farmacológicas de relevancia sobre receptores H1 histaminérgicos,  $\alpha_1$  adrenérgicos y canales de sodio sensibles a voltaje, lo que ocasiona efectos secundarios frecuentes y en ocasiones poco tolerados.<sup>(34)</sup>

#### **Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO):**

Existen 2 subtipos de MAO (A y B), los cuales metabolizan distintos sustratos. De interés antidepresivo, la enzima MAO-A metaboliza 5-HT, NA, DA y tiramina, por lo que al inhibir su acción, aumentan sus concentraciones disponibles.

A pesar de su comprobada eficacia como antidepresivos, han caído en desuso por sus potenciales interacciones farmacológicas con agentes simpaticomiméticos.<sup>(34)</sup>

## CONCLUSIÓN

La depresión es una enfermedad mental seria que puede tener efectos devastadores en la vida de quienes la padecen.

La importancia de la detección oportuna de la depresión en el personal de salud de la UMF/UMAA 161 es crucial no solo para su bienestar individual, sino también para garantizar la calidad y seguridad de la atención médica que se brindan a los derecho habientes. Cuando se realiza un diagnóstico de manera oportuna, se puede recibir el apoyo y tratamiento adecuado para manejar su salud mental y prevenir complicaciones graves.

El impacto de la depresión en la calidad de vida de las personas es significativo. Puede afectar negativamente el funcionamiento diario, las relaciones personales, el desempeño laboral y la satisfacción general.

Para los médicos, esto puede traducirse en una disminución de la atención y la precisión en el diagnóstico, decisiones clínicas menos acertadas y una menor capacidad para brindar la atención compasiva y de alta calidad que los pacientes merecen.

Además, los médicos con depresión también pueden ser más propensos al agotamiento profesional, lo que puede llevar a un mayor riesgo de errores médicos y, en última instancia, afectar negativamente la seguridad y la salud de los pacientes.

Por lo que se busca promover la conciencia, educación y sensibilización del padecimiento, sus síntomas y factores de riesgo asociados, promoviendo y reduciendo el estigma asociado a los problemas de salud mental.

Cultivando las relaciones sociales sólidas y conexiones significativas para proporcionar una red de apoyo emocional así como fomentar la participación en grupos de apoyo y programas de terapia grupal, donde las personas pueden compartir experiencias y estrategias de afrontamiento, y direccionar de acuerdo a la gravedad del cuadro estrategias psicológicas y farmacológicas, fomentando estilos de vida saludables con el fin de evitar complicaciones tanto en el personal de salud de la UMF/UMAA16 como en los derecho habientes.

## JUSTIFICACIÓN

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas. Identificar los factores que influyen en este padecimiento es de mucha utilidad para el abordaje multidisciplinario. La detección temprana de la depresión permite abordar los síntomas y brindar el apoyo necesario para preservar el bienestar emocional y físico del personal de salud. Al mismo tiempo permite prevenir un deterioro mayor en la salud mental y mejorar su calidad de vida del personal de salud. El siguiente estudio buscará identificar prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/ UMAA 161. Con el fin de brindar la atención oportuna de acuerdo a la gravedad del cuadro, evitando repercusiones tanto familiares, sociales, laborales, y económicas que afecten la calidad de vida del paciente. Llegando en algunos casos a desembocar en consecuencias fatales para los médicos, esto puede traducirse en una disminución de la atención y la precisión en el diagnóstico, decisiones clínicas menos acertadas y una menor capacidad para brindar la atención compasiva y de alta calidad que los pacientes merecen.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El estrés originado por el trabajo en salud, además de la depresión y la ansiedad, se considera como una de las manifestaciones que más afecta a los profesionales de la salud, con diversas consecuencias para ellos y para quienes los rodean como (familiares, amigos y en este caso los derecho habientes de la unidad UMF/UMAA 161. Es también, una de las causas más reconocidas de ausentismo en el trabajo, de baja calidad en la atención y demandas laborales. Las condiciones laborales actuales, disminuyen el riesgo físico, pero a su vez aumentan los problemas de índole psicosocial.

La medicina es una de las profesiones que exigen una adaptabilidad más rápida, ya que conllevan un nivel alto de relaciones interpersonales, frecuentes decisiones por tomar y un liderazgo habitual para lograr una mejor relación médico paciente.

En nuestro medio no existen investigaciones previas que describen la prevalencia de depresión, siendo uno de los problemas de salud pública que debe ser conocido y sobre todo que afecta a los trabajadores de la salud como médicos y enfermeras principalmente.

Por todo lo anteriormente descrito realizamos la siguiente pregunta de investigación:

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/UMAA 161?

## OBJETIVOS

### **Objetivos general:**

Establecer la prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en personal de salud de la UMF/ UMAA 161.

### **Objetivos específicos:**

Describir características sociodemográficas del personal de salud que labora en la UMF/ UMAA 161.

Analizar las características laborales del personal de salud que labora en la UMF/ UMAA 161.

Identificar los factores de riesgo asociados a depresión en el personal de salud de la UMF/UMAA161.

## HIPÓTESIS

**Hipótesis nula:** No existe depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/ UMAA 161.

**Hipótesis alterna:** La prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF UMAA es similar a la reportada en otros estudios.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se tomará en cuenta un periodo de junio del 2022 a marzo 2023, en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica De Atención Ambulatoria 161, en Av. Toluca 160, Colonia Olivar de los Padres, Delegación Álvaro Obregón, CP 01780 Ciudad de México, CDMX; Población urbana de la UMF/UMAA 161.

### **DISEÑO DE ESTUDIO**

Se realizará un estudio observacional, descriptivo, analítico. De acuerdo con la inferencia de investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

Según el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.

Según la intención comparativa de los estudios de los grupos estudiados: ANALITICO.

Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO**

#### **Criterios de inclusión**

Médicos familiares y no familiares de la UMF/UMAA 161

Enfermeras especialistas enfermeros generales y auxiliares de la UMF/UMAA 161

Personal que acepte participar por medio de un consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión.**

Personal que esté bajo licencia médica.

Personal que no acepte participar en el estudio

#### **Criterios de eliminación.**

Personal de salud que respondan de forma incompleta la encuesta.

Personal que una vez aceptado decidan retirarse del estudio

## CONTROL DE CALIDAD

**Sesgo de selección:** son errores sistemáticos que se introducen durante la selección o el seguimiento de la población en estudio y que propician una conclusión equivocada sobre la hipótesis en evaluación.

**Maniobra para evitarlo:** se definió la población de este estudio, haciendo posible incluir a aquellos que sean medibles.

**Sesgo de medición:** se observa al utilizar variables que no cumplen con los objetivos específicos y que deben ser eliminadas ya que provocará confusión en resultados.

**Maniobra para evitarlo:** se utilizará las pruebas estadísticas adecuadas evitando las inferencias y aplicando el cuestionario que mide lo que necesitamos para cumplir con los objetivos del estudio.  
Sesgo por pérdidas: se presenta cuando los pacientes no desean participar o el llenado de la encuesta está incompleto

**Maniobra para evitarlo:** será aclarado en la selección de los pacientes con posibilidad de pérdida cuando no cumpla con los criterios en que serán seleccionados, por lo que es necesario al ser una población cautiva tener en consideración un tamaño de muestra no probabilístico.

Recursos humanos.

## MUESTREO

### Lugar del desarrollo del estudio

La investigación se realizará en la Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica De Atención Ambulatoria 161, en Av. Toluca 160, Colonia Olivar de los Padres, Delegación Álvaro Obregón, CP 01780 Ciudad de México. En un periodo de tres años. Población del estudio Personal de salud médico y enfermera de la la Unidad de Medicina Familiar con Unidad Médica De Atención Ambulatoria No. 161.

Selección de la muestra Se realizará un muestreo no probabilístico con aplicación del estudio a todo el personal de salud médico y de enfermería que decida participar.

## MUESTREO

### CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó cálculo de tamaño de muestra para estimar una media en una población, utilizando los siguientes parámetros.

Puntaje promedio sobre la percepción de depresión en el personal de salud de la UMF 161 con UMAA, donde:

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + z^2 pq}$$

En donde:

- n= Total de la población
- p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (en este caso 50%=0.5)
- 
- q= 1-p complementario, sujetos que no tiene la variable en estudio (en este caso 1-0.5=0.5) 16
- e= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar (5%).
- $Z\alpha$  = Distancia de la media del valor de significación propuesto.

Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor  $\alpha$  de 0.05, al que le corresponde un valor Z de 1.96.

n= 200 z= 95%

e= 0.05 (5% que equivale a 0.05)

p= 0.5

q= 0.5

n=200 x 3.84 x 0.5 x 0.5

[.0025 x (200 - 1)] + [3.84 x 0.5 x 0.5]

$$n = N (0.96) + 200 = 136.98$$

---

$$[0.0025(200)] + 0.961.46$$

más el 20% de posibles pérdidas nos da un total de 165

## VARIABLES

### Lista de variables

Sexo

Edad

Estado civil

Categoría

Antigüedad

Horas laboradas

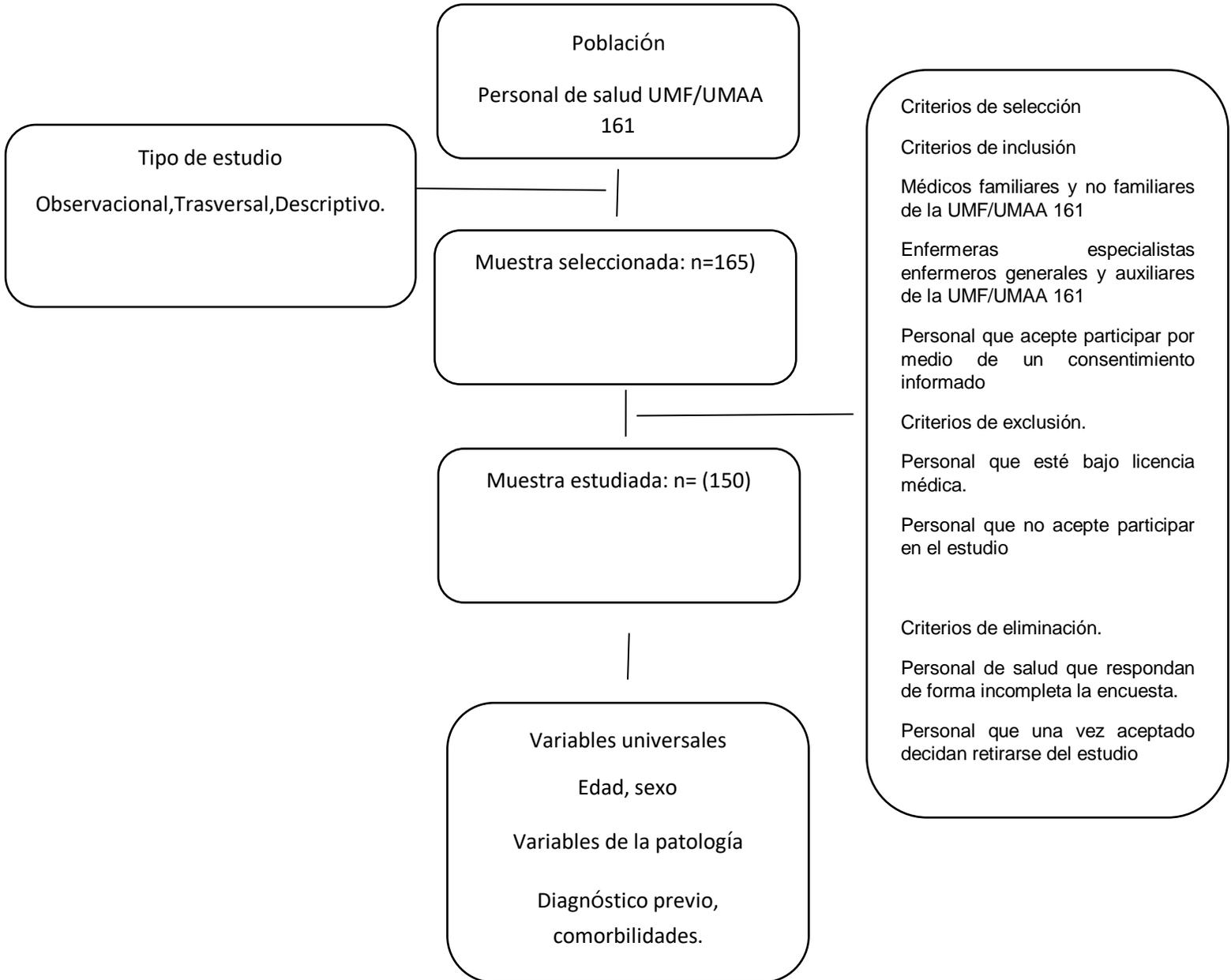
### OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

#### VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Depresión	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Aplicación del cuestionario de Hamilton que mide el estado de depresión y consta de 17 ítems. La puntuación total va de 0 a 52	Cualitativa ordinal	Sin depresión Depresión menor Depresión moderada Depresión severa Depresión muy severa
Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Personal de salud	Son todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud.	Según el personal asignado para laborar en la UMF/ UMAA 161 Residentes Médicos Enfermeras	Cualitativa Nominal	Médico, familiares y no familiares Enfermera general y especialista
Edad	Tiempo transcurrido y vivido de la persona, desde el nacimiento a la fecha.	La que se recabe mediante el instrumento de recolección de la información como INE.	Cuantitativa De razón	Años
Sexo	Las características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de la especie humana.	Sexo del paciente, según si es hombre o mujer	Cualitativa Nominal	1.-Masculino 2.- Femenino
Estado civil	Condición de unión de una pareja	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia.	Cualitativa Nominal	1-Casado, 2-Soltero, 3- Unión libre, 4- Separado

## DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

### Prevalencia de Depresión y Factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/UMAA 161.



## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En el análisis estadístico, se efectuarán medias y desviación estándar para variables cuantitativas y para categóricas tablas de frecuencia con números absolutos y relativos; mediante apoyo del paquete estadístico spss 24.

Una vez aprobado el protocolo por el comité de ética y de investigación de la unidad de medicina familiar; será localizado el personal médico y enfermería, que cumplan con los criterios de selección, a los cuales, se les explicará la importancia del estudio y una vez aceptado participar, se aplicará la carta de consentimiento informado para su firma, se les mencionará sobre los resultados de este estudio que se manejan serán de manera confidencial y anónima; . Se les aplicará los cuestionarios en su área de trabajo, lo cual consiste en un instrumento de recolección de datos que contiene la edad, sexo, estado civil, antecedentes de depresión en la familia, horas de labor, número de días de trabajos a la semana, antigüedad, categoría y turno de trabajo. Se evaluará la depresión utilizando la escala de Hamilton para la depresión en su versión reducida con 17 ítems. Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Se usarán los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23.. Una vez recolectadas las variables del estudio en el instrumento de recolección, serán codificadas en Excel para su análisis estadístico con SPSS.

**Instrumento de recolección de datos.** Se hará mediante una encuesta transversal que comprende tres fases. En la primera fase se anotarán los datos generales como: edad, sexo, estado civil y antecedentes en la familia de depresión. En la segunda antigüedad, categoría, horas de labor, turno en que trabaja. En la última fase se aplicará el cuestionario de Hamilton que evaluará la depresión. Todas estas variables se vaciaron en instrumento de recolección.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto de investigación está bajo las consideraciones del reglamento de la ley general de salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la norma oficial de investigación científica (norma oficial mexicana nom-012-ssa3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la asociación médica mundial, la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, además de 23 los principios establecidos en el informe Belmont en materia de investigación en seres humanos. Declaración de Helsinki La declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La asociación médica mundial promulgó la declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación: Párrafo 6: el propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. Párrafo 7: la investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Párrafo 10: los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración. Párrafo 22: el proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta declaración. 24 Párrafo 25: la participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el artículo 13 del capítulo I, título segundo del reglamento de la ley

general de salud, en materia de investigación para la salud. Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el reglamento de la ley general de salud, en materia de investigación para la salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad. Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los alumnos. Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportaron y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.

2. Consentimiento informado: se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrará en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad.

Se explicará el carácter anónimo de su participación. Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas. Tomando como fundamento al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, y los lineamientos del instituto mexicano de seguro social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos: Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos). El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

**3. Derecho a retirarse del estudio.** Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.

**4. Anonimato:** se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparadas por el consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS/OMS)

**1. Respeto a las personas:** todo participante será respetado como agentes autónomos.

**2. Beneficencia:** se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.

**3. Justicia:** la invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico. El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales: Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables. La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño).

La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Norma oficial mexicana nom-012-ssa3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. German Enrique Fajardo Dolci, subsecretario de integración y desarrollo del sector salud y presidente del comité consultivo nacional de normalización de innovación, 27 desarrollo, tecnologías e información en salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la ley orgánica de la administración pública federal; 4o. De la ley federal de procedimiento administrativo, 3o. Fracción XI, 38 fracción II, 40 fracciones III Y XI, 41, 43, 47 fracciones III Y IV de la ley federal sobre metrología y normalización; 2o. Fracción VII, 3o. Fracciones I, II Y IX, 13 apartado a fracciones I, II Y IX, 45, 48, 78, 79, 81, 96, 98, 99, 100, 101,

102 y 103 de la ley general de salud; 28 y 34 del reglamento de la ley federal sobre metrología y normalización; 3o., 4o., 5o., 22, 62, 78, 108, 115, 116 y 119 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud; 2o. Apartado a fracción i, 8. Fracción v 9o. Fracción IV bis del reglamento interior de la secretaría de salud, me permito ordenar la publicación en el diario oficial de la federación de la norma oficial mexicana nom-012-ssa3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Los beneficios de este estudio es evaluar prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el personal de la UMF/ UMAA 161. Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento informado.
- Se apega a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales Serán de uso exclusivo para la investigación. Ley general de salud Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 13 inciso a, fracción I, 14 y 96 de la ley general de salud, 5o. Inciso a y 113 al 120 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y artículo 22 fracción V del reglamento interior de la secretaría de salud. Se integra la carta de consentimiento informado del proyecto de investigación.

## RECURSOS

**Entrevistador:** residente de medicina familiar Hernández Zárate Aura Edith, se contará con el apoyo de asesores clínicos en la presente tesis: director de protocolo Doctor Paul Gonzalo Vázquez.

**Recursos físicos:** Instalaciones de la unidad de medicina familiar de la UMF/UMAA 161.

**Recursos materiales:** Equipo de cómputo, impresora con su respectivo cartucho de tinta negra, lápices, plumas de tinta negra y hojas de papel blanco, fotocopidora, USB para almacenar datos, copias del instrumento Excel y SPSS.

### **Recursos financieros**

**Factibilidad:** los recursos físicos se adaptan a las necesidades del protocolo, donde solo se solicitan espacios físicos para aplicación de encuestas, por lo que los costos financieros corren a cuenta del tesista.

**Financiamiento:** Todos los gastos para la realización de este estudio serán financiados por el instituto mexicano del seguro social y el investigador.

## LIMITACIONES Y BENEFICIOS

### **Debilidades**

Que los pacientes pueden dar información falsa al contestar las encuestas por temor a sus respuestas.

### **Amenazas**

El desinterés de los pacientes para cooperar con este estudio debido a que ya han contestado dicha información.

El tiempo limitado que los pacientes pueden llegar a presentar para responder la encuesta puede ser desfavorable.

### **Fortalezas**

El instrumento utilizado en el presente estudio es auto aplicable y heteroaplicable se realiza en pocos minutos.

Los objetos de estudios están relacionados con responder este tipo de instrumentos auto heteroaplicable. Oportunidades Identificar la prevalencia de depresión y factores de riesgo en el personal de salud de la UMF /UMAA 161.

**Título del proyecto. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/UMAA 161. Autores: Hernández Zárate Aura Edith 1, Vázquez Patrón Paul Gonzalo 2.**

**1. Residente de segundo año del curso de especialización en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar con UMAA 161 IMSS 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar con UMAA 161.**

<b>Tema/fecha</b>	<b>Mar-2022</b>	<b>Abr-2022</b>	<b>May-2022</b>	<b>Jun-2022</b>	<b>Jul-2022</b>	<b>Ago-2022</b>	<b>Sep-2022</b>	<b>Oct-Dic 2022</b>
<b>Título</b>	A							
<b>Antecedentes</b>		A						
<b>Planteamiento del problema</b>			A					
<b>Objetivos</b>				A				
<b>Hipótesis</b>					A			
<b>Metodología</b>						A		
<b>Análisis estadístico</b>							A	
<b>Operacionalizar variables</b>								A
<b>Aspectos éticos</b>								A

(A) Aprobado /(P) pendiente

**Título del proyecto. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/UMAA 161. Autores: Hernández Zárate Aura Edith 1, Vázquez Patrón Paul Gonzalo 2.**

**1. Residente de segundo año del curso de especialización en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar con UMAA 161 IMSS 2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar con UMAA 161.**

<b>Tema/fecha</b>	<b>Ene 2022</b>	<b>Feb- 2022</b>	<b>Mar- 2022</b>	<b>Abr- Ago 2022</b>	<b>Sep- 2022</b>	<b>Oct- Dic- 2022</b>	<b>Ene- 2023</b>	<b>Feb 2023</b>
<b>Consentimiento informado</b>			A					
<b>Instrumento de recolección</b>				A				
<b>Revisión por asesor</b>						A		
<b>Aprobación por comités</b>							A	
<b>Recolección Metodología</b>							A	
<b>Análisis estadístico</b>							A	
<b>Redacción</b>							A	
<b>Presentación</b>								A

(A)Aprobado /(P)pendiente

## RESULTADOS

**Describir características sociodemográficas del personal de salud que labora en la UMF/ UMAA 161, como.**

Respecto a la variable **edad**.( prueba de normalidad de  $K_s=0-015$ ): **media** 40.60 y **D.E.** 11.599. **ver tabla 1 gráfica 1 en anexos.**

Respecto a la variable **sexo**: 41 hombres (27.3%) y 109 mujeres (72.7 %). **Ver tabla 2 y gráfica 2 en anexo.**

Respecto a la variable **Estado civil**. 80 casados (53.3%) y 44 solteros (29.3 %) 18 unión libre (12%) 8 divorciados (5.3%). **Ver tabla 3 y gráfica 3 en anexo.**

**Analizar las características laborales del personal de salud que labora en la UMF/ UMAA 161 como. Antigüedad laboral, antecedente de depresión, turno, horas de laborar diario.**

Respecto a la variable **Antigüedad**.( prueba de normalidad de  $K_s = .000$ ): mediana 8 y Rango intercuartil 6 . **ver tabla 4 gráfica 4 en anexos.**

Respecto a la variable **Antecedentes**. 143 Sin antecedente (95.3%) y 7 con antecedente (4.7 %). **Ver tabla 5 y gráfica 5 en anexo.**

Respecto a la variable **Turno**. 68 Matutino (45.3%) y 44 Vespertino (29.3 %),38 Mixto (25.3%). **Ver tabla 6 y gráfica 6 en anexo.**

Respecto a la variable **Horas Laboradas**.( prueba de normalidad de  $K_s = .000$ ): mediana 8 y Rango Inter cuartil de 8 . **ver tabla 7 gráfica 7 en anexos.**

Respecto a la variable **Descansos**. 121 sábado y domingo (80.7%) y 17 sábado (11.3 %),12 Domingo (8.0%). **Ver tabla 8 y gráfica 8 en anexo.**

**Establecer la prevalencia de depresión en personal de salud de la UMF/ UMAA 161.**

Respecto a la variable **Puntaje de Escala Hamilton** .( prueba de normalidad de  $K_s=0-015$ ): media 5.98 y D.E. 5.773. **ver tabla 9 gráfica en anexos.**

Respecto a la variable Severidad. 95 Sin depresión (63.3%) y 47 depresión ligera (31.3 %),7 depresión moderada (4.7%) 1 depresión grave (7%). **Ver tabla 10 y gráfica 10 en anexo.**

## DISCUSIÓN

### **Describir características sociodemográficas del personal de salud que labora en la UMF/ UMAA 161, como. Edad, sexo, estado civil.**

En nuestro estudio la edad media de los trabajadores fue de 40.60 años (11.599), así mismo el INEGI desde el año 2010 reportaba un promedio de edad de 37.8 y para el 2020 de 39.7. Los mayores porcentajes están entre la población de 18 a 44 años de edad porque son el grupo laboral más productivo en nuestro país.

En nuestro estudio las mujeres representaron el 72.7%, para el mes de marzo del 2022 el INEGI reportó al menos un 52 % de mujeres. A nivel mundial aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión y esta afecta más a la mujer que al hombre.

En nuestro estudio se observó un 53.3% de mujeres casadas. Mientras Carles Simon-Noguera y Andrea Hernandez (2015) mostraron que a diferencia de hombres separados/divorciados presentaron mayor riesgo de sufrir depresión crónica que el resto de hombres. Además, si no están casadas aumenta la probabilidad de presentar problemas de salud mental. Cantero-Téllez, Elizabeth Alicia(2017)Mencionan que el estatus de divorciado, separado, viudo o soltero es un factor de riesgo para el trastorno de la depresión (7.5 %), en oposición con el de casado o en unión libre; o vivir retirado del lugar donde habita el cónyuge (8.49 %), en oposición a aquellos que viven juntos. Por su parte Perla Vanessa de los Santos y Sandra Emma Carmona Valdés (2018), menciona que el estado civil es significativo para la aparición de la depresión en hombres solteros, ya que presentan 1.203 veces más la probabilidad de tener depresión que los casados. En cambio, los hombres que se encuentran separados o divorciados disminuyen la probabilidad de sufrir depresión (0.79). No así para las mujeres separadas o divorciadas que incrementa su riesgo de estar deprimidas 1.003 veces. Bastida-González y colaboradores (2017) los participantes separados obtuvieron mayores niveles de depresión que los participantes casados.<sup>(35)</sup>

### **Analizar las características laborales del personal de salud que labora en la UMF/ UMAA 161 como: antigüedad laboral, antecedente de depresión, turno, horas de laborar diario.**

En nuestro estudio la antigüedad mediana de 8 años (25)

Andréa Tenório Correia da Silva, Claudia de Souza Lopes (2016) nos menciona que la posible depresión mayor se asoció a una antigüedad mayor en el empleo en la atención primaria; Así mismo se ha hecho hincapié en algunos estresantes laborales como el número elevado de horas de trabajo, el número de turnos de noche.En nuestro estudios se observó de acuerdo a las horas laboradas encontramos una mediana de 8 horas (8) (Karasek y Theorell, 1990) y (Siegrist, 1998) señalan que las situaciones en las que el trabajador percibe excesivas demandas laborales, bajo control sobre el trabajo, escaso apoyo social o insuficientes recompensas en proporción al esfuerzo invertido, pueden producir estrés laboral que, prolongado en el tiempo, afectará a la salud mental. También se observó en nuestro estudios en cuanto los descansos fin de semana 80.7%.<sup>(36)</sup>

De acuerdo a lo mencionado por el IMSS (2019) La depresión laboral y el aumento de horas en jornadas laborales se está volviendo un mal común entre los trabajadores mexicanos, solo durante el año pasado siete mil trabajadores fueron incapacitados por depresión por el IMSS y parte del problema es la falta de sensibilidad por parte de los responsables de recursos humanos para analizar las condiciones de trabajo de los empleados .

En cuanto a lo observado en nuestro estudio y desde una perspectiva individual, algunos estudios señalan que los trabajadores de mayor edad y las mujeres son las que sufren con más frecuencia las repercusiones negativas debidas a los turnos laborales (Marquie y Foret,; Marquie, Foret y Queinnec, 2000).<sup>(36)</sup> sin antecedentes de depresión (95.3%)

### **Establecer la prevalencia de depresión en personal de salud de la UMF/ UMAA 161.**

En nuestro estudio se observó que de acuerdo al puntaje obtenido en la Escala de Hamilton nuestra media fue de 5.98 (5.773). De acuerdo a Abihai Lucas-Hernández<sup>1a</sup>, Viviana del Rosario González-Rodríguez(2022) El desarrollo de alteraciones mentales como la ansiedad, el estrés y la depresión durante la pandemia del COVID-19 ha sido notorio en la población en general y principalmente en los trabajadores de la salud, ya que estos han cursado con aumento de carga laboral y permanencia en situaciones de presión psicológica. De la misma forma M.J. Purriños (2018) no menciona que la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. <sup>(39)</sup>

## CONCLUSIONES

En relación con establecer la prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/ UMAA 161 se concluye que si existe depresión en personal de salud de UMF 161 con UMAA de acuerdo a las encuestas realizadas al personal se observó que el personal de enfermería presentaban mayor porcentaje de depresión aunado a el estrés y jornadas laborables a las que están expuestos así mismo se observó que el sexo femenino obtuvo mayor prevalencia en porcentaje de depresión con un 31.3 %.

Finalmente, en relación con nuestra pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al personal de salud de la UMF/ UMAA 161?

Seleccionamos la siguiente hipótesis:

**Hipótesis Hipótesis alterna:** Existe depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/ UMAA 161.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios DSM-5, s.f.)
2. Castañeda Aguilera E, García De Alba García Je. Depresión En El Personal Sanitario Femenino Y El Análisis De Los Factores De Riesgos Sociodemográficos Y Laborales. Rev. Colomb. Psiquiat.2011; 40: 420-450
3. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, Edwards S, Wiedermann BL, Landrigan CP. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ. 2008 Mar 1;336(7642):488-91. doi: 10.1136/bmj.39469.763218.BE. Epub 2008 Feb 7. PMID: 18258931; PMCID: PMC2258399.
4. Jiménez-López JI, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Síntomas De Depresión, Ansiedad Y Riesgo De Suicidio En Médicos Residentes Durante Un Año Académico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(1):20-8
- 5 Secín DR, Martínez MMA, Ramírez GA, Pérez GB. 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. 2022; 20 (2): 137-144. <https://dx.doi.org/10.35366/104274>
- 6 Belló M. Prevalencia Y Diagnóstico De Depresión En Población Adulta En México. Salud Pública De México 2005; 47: 4-11
- 7 Lerma-Martínez, L. V. (s.f.). Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería. Obtenido de [file:///C:/Users/aurah/Downloads/DialnetPrevalenciaDeAnsiedadYDepresionEnEnfermeriaACargoD-3632361%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/aurah/Downloads/DialnetPrevalenciaDeAnsiedadYDepresionEnEnfermeriaACargoD-3632361%20(1).pdf)
- 8 Yocupicio-Hernández, J. A.-M. (s.f.). Salud Mental y Suicidio del Médico en México. Obtenido de <file:///C:/Users/aurah/Downloads/e14052105015.pdf>
- 9 social, I. M. (s.f.). Revista Mexicana del seguro social . Obtenido de Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico: [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/view/71/300#:~:text=Se%20es](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/71/300#:~:text=Se%20es)

tima%20que%20la%20prevalencia,hombres%20y%205.8%20%25%20para%20mujeres.&text=En%20el%20caso%20de%20la,%25%20y%208.1%20%25%20C%20respectivamente.

8 salud, O. m. (s.f.). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

9 Sanidad, M. d. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de depresión. Obtenido de [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)

10 Cid, M. T. (s.f.). La depresión y su impacto en la salud pública. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>

11 Shoshana Berenzon, Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México, s.f.)

12.Litvak, S. Ya No Podemos Ignorar La Salud De Las Enfermeras: Una Síntesis De La Literatura Sobre Estrategias Basadas En La Evidencia Para Mejorar La Salud De Las Enfermeras. Administración De Enfermería Trimestral. 2013; 37, 295 – 308.

13.Schmidt Drc, Dantas Ras, Marziale Mhp. Ansiedade E Depressão Entre Profissionais De Enfermagem Que Atuam Em Blocos Cirúrgicos. Rev Esc Enferm Usp. 2011;45(2):487-93

14.Rosário Car, Lopes Am, Pereira Ffa, Costa Fm. Avaliação Do Estresse Between Enfermeiros That Atuam Na Estratégia Saúde Da Família De Montes Claros, Mg. Rev Norte Min Enferm. 2015;4(1):3-14.

15 American Psychiatric Association - APA. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 ; Citación estilo Chicago. American

16 Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM. 2006; 49(2).

17 Amalia Dávila Hernández, R. G. (2016). Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-articulo-estudio-sinomedico-fisiopatologia-depresion-S1887836916300060>

18 Ortiz, D. R. (s.f.). NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESION . Obtenido de <https://1aria.com/images/entry-pdfs/Neurobiologia%20de%20la%20depresion.pdf>

19. Plata Guarneros, Mariana Y Flores Cabrera, Leticia Y Curiel Hernández, Octavio Y Juárez Ocaña, José Ricardo Y Rosas Barrientos, José Vicente. "Depresión Y Ansiedad En La Residencia Médica." *Revista De Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2011; 16:157-162
20. Fahrenkopf Am, Sectish Tc, Barger Lk, Et Al. Rates Of Medication Errors Among Depressed And Burnt-Out Residents: Prospective Cohort Study. *Bmj* 2008; 336(7642): 488-91
21. P. Rama-Maceiras, J. Jokinen, And P. Kranke, "Stress And Burnout In Anaesthesia: Areal World Problem? Current Opinion In Anaesthesiology. 2015; 28: 151–158,2015. 9. Bitran Marcela, González Matías, Nitsche Pía, Zúñiga Denisse, Riquelme Arnoldo. Preocupación
22. Uhlen Mm, Ansteinsson Ve, Stangvaltaite-Mouhat L, Korzeniewska L, Skudutyte-Rysstad R, Shabestari M, Et Al. Psychological Impact Of The Covid-19 Pandemic On Dental Health Personnel In Norway. *Bmc Health Serv Res*. 2021; 21(1):42025. Bobes, J.B., A; Luque, A; Et Al., Evaluación Psicométrica Comparativa De Las Versiones En Español De 6, 17 Y 21 Ítems De La Escala De Valoración De Hamilton Para La Evaluación De La Depresión. *Med Clin*, 2003. 120(18): P. 693-700. 26. Zimmerman, M.P., Ma; Chelminski, I, Is The Cutoff To Define Remission On The Hamilton Rating Scale For Depression Too High? *J Nerv Ment Dis*, 2005. 193(3): P. 170-5.
23. Bagby Rm, Ryder Ag, Schuller Dr, Et Al. The Hamilton Depression Rating Scale: Has The Gold Standard Become A Lead Weight? *Am J Psychiatry*. 2004; 161:2163---77
24. Sanidad, M. d. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de depresión. Obtenido de [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
25. Díaz, J. V. (s.f.). Obtenido de Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la: <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
26. Daniela Godoya, A. E. (s.f.). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Obtenido de *Revista Médica Clínica Las Condes*: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-psicoeducacion-salud-mental-una-herramienta-S0716864020300195>
27. Salazar, F. V. (s.f.). Ejercicios y depresiones . Obtenido de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502010000400009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000400009)
28. Martí, D. A. (s.f.). Mindfulness en terapia cognitiva para la depresión. Obtenido de [https://campusestudiosparalapaz.org/wpcontent/uploads/2021/02/Mindfulness\\_MBCT-1.pdf](https://campusestudiosparalapaz.org/wpcontent/uploads/2021/02/Mindfulness_MBCT-1.pdf)

29 MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN Y PRINCIPIOS GENERALES DE MANEJO. (s.f.).  
Obtenido de <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-tratamiento/>

30 <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-estrategias-diagnosticas/>

31. Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev. Fac. Med.* 2017. 60(5).

32. García C, Ron-Martin S, Miranda-Vicario SE, Ruiz de Vergara-Eguino A, Azpiazu-Gomez PJ, Lopez Aldana J. Antidepresivos en la tercera edad. *Semergen.* 2016. 42(7): 458-463

33. Álvarez-Rueda, J., & Verduzco Fragoso, W. (s.f.). Tratamiento farmacológico del trastorno depresivo en el primer nivel de atención. Obtenido de Departamento de Farmacología.: <https://farma.facmed.unam.mx/wp/wp-content/uploads/2023/04/2.TFTDPNA.pdf>.

34. Perla Vanessa De los Santos y Sandra Emma Carmona Valdés, . (5 de enero 2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Revista electrónica semestral.*

35. Perla Vanessa De los Santos y Sandra Emma Carmona Valdés, . (5 de enero 2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Revista electrónica semestral.*

36. Da Silva ATC, Lopes CS, Susser E y Menezes PR. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. *Am J Public Health.* 2016;106:1990–1997. doi:10.2105/AJPH.2016.303342.

37. JAVIER FERNÁNDEZ-MONTALVO y EVA PINOL . (31 de octubre de 2000). *HORARIO LABORAL Y SALUD: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LOS TURNOS DE TRABAJO* . Universidad Pública de Navarra . Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología Recuperado de <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/04.20003.Fernandez-Pi%C3%B1ol.pdf>

38. Lucas-Hernández A, González-Rodríguez VDR, López-Flores A, Kammar-García A, Mancilla-Galindo J, Vera-Lastra O, Jiménez-López JL, Peralta Amaro AL. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19 [Stress, anxiety, and depression in health workers during the COVID-19 pandemic]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2022 Aug 31;60(5):556-562. Spanish. PMID: 36048869.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN  
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

nombre del estudio:	<b>Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/UMAA 161.</b>
Lugar y fecha:	Ciudad de México, unidad de medicina familiar /unidad médica de atención ambulatoria 161 Fecha: febrero 2023
Número de registro:	En Trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en contestar una serie de preguntas para la detección de depresión en personal de salud. Donde al identificar la depresión que puede presentar contribuirá a mejorar los programas de motivación y sobre todo comprender su jornada laboral.
Procedimientos:	Se me aplicará test psicométrico de depresión de Hamilton
Posibles riesgos y molestias:	Investigación de mínimo riesgo (se realizarán entrevistas), me puede causar sentimientos de enojo, tristeza frustración o molestia al momento de contestar el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Elevar la calidad del nivel de relación médico-paciente, podrá solicitar mi resultado de evaluación, de tal manera que de detectar alguna alteración en mi estado de salud se canalizará con el equipo multidisciplinario de Salud, para su evaluación y manejo integral.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me informará en caso de datos relevantes, se me brindará plática informativa posterior a la entrevista.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que considere conveniente sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán confidenciales.

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

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 estudio y estudios futuros.

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

Investigador responsable:	<b>Vázquez Patrón Paul Gonzalo</b> Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito a Unidad de Medicina Familiar con UMAA no. 161. Matrícula: 99122480. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar n. 161. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar n. 161. Tel:5515201763 ext. 21705 fax: sin fax. Email: paulecito@hotmail.com
Colaboradores:	<b>Hernández Zárate Aura Edith</b> Residente de segundo año del curso de Especialización en Medicina Familiar. Matrícula: 97379642. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar n. 161 Adscripción: Unidad de Medicina Familiar n. 161. Tel: 5515201763 ext. 21705 fax: sin fax. Email: aurahz91@gmail.com

Hernández Zárate Aura Edith

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

## Anexos

### Anexo 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el personal de salud de la UMF/UMAA 161					
<u>Cuestionario de datos demográficos y laborales</u>					
Identificación:					
Identificación	Número progresivo				
Edad:	años	Sexo:	Masculino	Femenino	
Estado civil:	Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado	Viudo
Exposición:					
Antecedentes familiares de depresión	Presente		Ausente		
Antigüedad					
Número de horas de labor en el día					
Categoría laboral	Médico titulado	Residente	Enfermera (o)		
Turno de trabajo:					
Desenlace test de Hamilton:					
Puntuación:					
Clasificación.	Sin depresión	Depresión ligera/menor	Depresión moderada	Depresión grave	Depresión muy grave

--	--	--	--	--	--

### Anexo 3. CUESTIONARIO ESPECÍFICO

#### Test psicométrico de depresión de Hamilton

Marque con una x el síntoma que haya experimentado, en forma casi diaria, durante el último mes.

##### 1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad

- ausente
- estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente
- estas sensaciones las relata espontáneamente
- sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

##### 2. Sentimiento de culpa

- ausente
- se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
- tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- siente que la enfermedad actual es un castigo
- oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

##### 3. Suicidio

- ausente
- le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- ideas de suicidio o amenazas

- intentos de suicidio (cualquier intento serio)

#### **4. Insomnio precoz**

- no tiene dificultad
- dificultad ocasional para dormir, por ejemplo, le toma más de media hora el conciliar el sueño
- dificultad para dormir cada noche.

#### **5. Insomnio intermedio**

- no hay dificultad
- esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea
- Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)

#### **6. Insomnio tardío**

- no hay dificultad
- se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- no puede volver a dormirse si se levanta de la cama

#### **7. Trabajo y actividades**

- no hay dificultad
- ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- pérdida de interés en su actividad (disminución. De la atención, indecisión y vacilación)
- disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda

#### **8. Inhibición psicomotora**

**(lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)**

- palabra y pensamiento normales
- ligero retraso en el habla
- evidente retraso en el habla
- dificultad para expresarse

- incapacidad para expresarse

### **9. Agitación psicomotora**

- ninguna
- juega con sus dedos
- juega con sus manos, cabello, etc.
- no puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

### **10. Ansiedad psíquica**

- no hay dificultad
- tensión subjetiva e irritabilidad
- preocupación por pequeñas cosas
- actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- expresa sus temores sin que le pregunten

### **11. Ansiedad somática**

**(signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración)**

- ausente
- ligera
- moderada
- severa
- incapacitante

### **12. Síntomas somáticos gastrointestinales**

- ninguno
- pérdida del apetito, pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen

- dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

### **13. Síntomas somáticos generales**

- ninguno
- pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad
- cualquier síntoma bien definido

### **14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)**

- ausente
- débil
- grave

### **15. Hipocondría**

- ausente
- preocupado de sí mismo (corporalmente)
- preocupado por su salud
- se lamenta constantemente, solicita ayuda

### **16. Pérdida de peso**

- pérdida de peso inferior a 500 gr. En una semana
- pérdida de más de 500 gr. En una semana
- pérdida de más de 1 kg. En una semana

### **17. Perspicacia**

- se da cuenta que está deprimido y enfermo
- se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- no se da cuenta que está enfermo



GOBIERNO DE  
MÉXICO



Instituto Mexicano del Seguro Social  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Sur del D.F.  
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas  
Coordinación de Educación en Salud UMF/UMAA161

Ciudad de México a 21 de Diciembre 2022

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
OOAD SUR**

**PRESENTE:**

Por medio de la presente, manifiesto que no existe inconveniente en que se lleve a cabo el proyecto "Prevalencia de Depresión y Factores de Riesgo Asociados en el Personal de Salud de la UMF/UMAA 161", bajo la responsabilidad de los investigadores Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud Dr. Paul Gonzalo Vázquez Patrón con matrícula 99122480, residente de segundo año Hernández Zárate Aura Edith con matrícula 97379642.

En el presente estudio se evaluará la Prevalencia de Depresión y Factores de Riesgo Asociados en el Personal de Salud, con la finalidad de poder identificar de manera oportuna en los trabajadores problemas de salud mental y así derivar para su manejo adecuado.

Sin más por el momento reciba cordiales saludos.

Atentamente:

"Seguridad y Solidaridad Social"

Dra. Dalila Huerta Vargas  
DIRECTORA DE LA UNIDAD

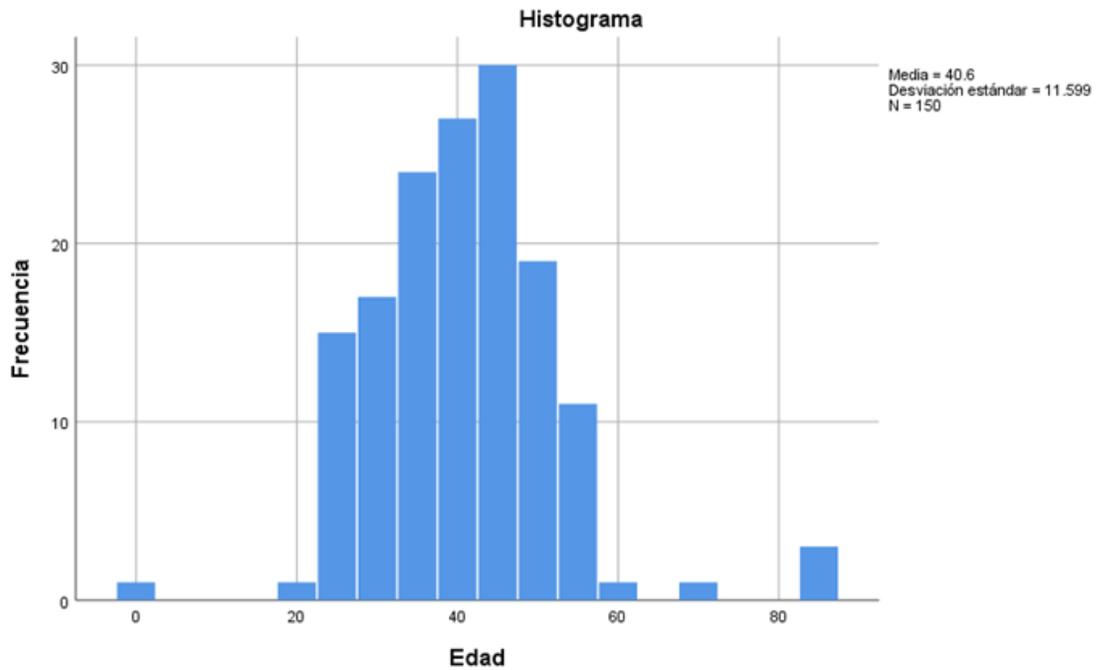
ANEXO

Tabla 1. Edad según MTC Y MD en PS de la UMF /UMAA 161.

EDAD

Descriptivos			Estadístico	Desv. Error
Edad	Media		40.60	.947
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	38.73	
		Límite superior	42.47	
	Media recortada al 5%		40.09	
	Mediana		40.50	
	Varianza		134.537	
	Desv. Desviación		11.599	
	Mínimo		0	

Gráfica 1. Edad según MTC Y MD en PS de la UMF /UMAA 161.



**Tabla cruzada Edad/Deprimido**

		Deprimido		Total	
		No deprimido	Si depremido		
Edad	<40	Recuento	38	32	70
		Recuento esperado	44.8	25.2	70.0
	>40	Recuento	58	22	80
		Recuento esperado	51.2	28.8	80.0
Total		Recuento	96	54	150
		Recuento esperado	96.0	54.0	150.0

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.376 <sup>a</sup>	1	.020		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4.614	1	.032		
Razón de verosimilitud	5.393	1	.020		
Prueba exacta de Fisher				.027	.016
Asociación lineal por lineal	5.340	1	.021		
N de casos válidos	150				

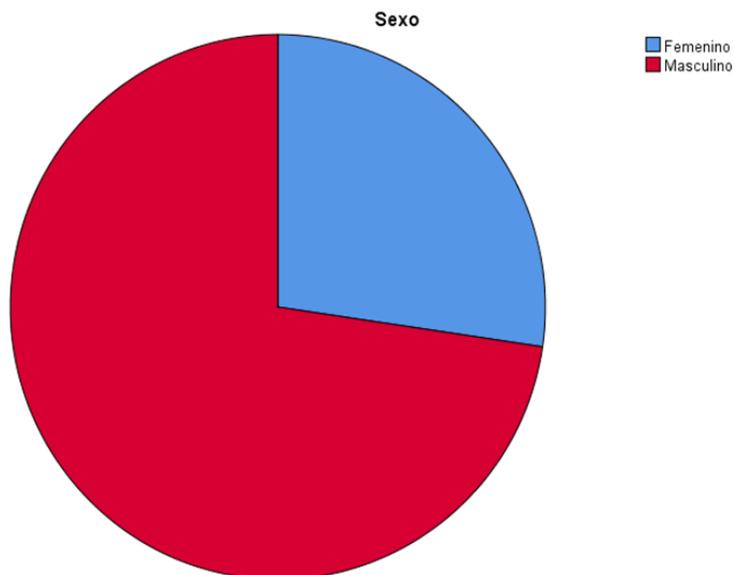
**Tabla 2. Sexo según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.**

**SEXO**

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o	Masculino	41	27.3	27.3	27.3
	Femenino	109	72.7	72.7	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

**Gráfica 2 Sexo según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.**

**SEXO**



**Tabla cruzada Sexo\*Deprimido**

		Deprimido		Total	
		No deprimido	Si depremido		
Sexo	Hombre	Recuento	26	16	42
		Recuento esperado	26.9	15.1	42.0
		% dentro de Deprimido	27.1%	29.6%	28.0%
Mujer	Mujer	Recuento	70	38	108
		Recuento esperado	69.1	38.9	108.0
		% dentro de Deprimido	72.9%	70.4%	72.0%
Total	Total	Recuento	96	54	150
		Recuento esperado	96.0	54.0	150.0
		% dentro de Deprimido	100.0%	100.0%	100.0%

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.111 <sup>a</sup>	1	.739		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	.021	1	.886		
Razón de verosimilitud	.111	1	.739		
Prueba exacta de Fisher				.850	.440
Asociación lineal por lineal	.110	1	.740		
N de casos válidos	150				

- a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15.12.
- b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

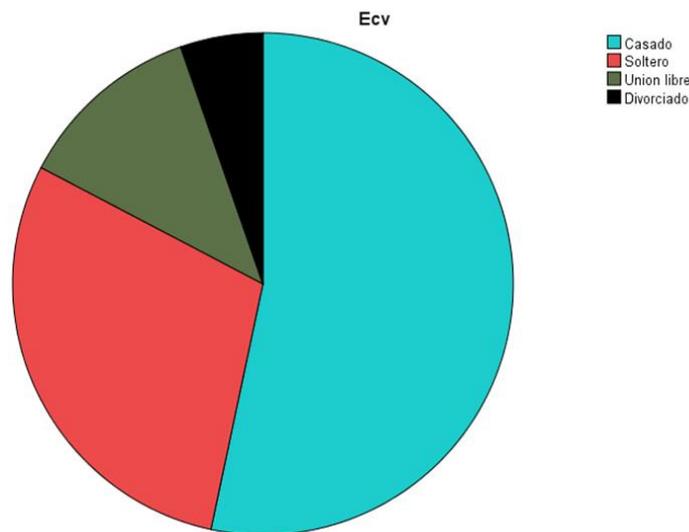
**Tabla 3. Estado civil según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.**

**Estado civil**

		<b>ECV</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Casado	80	53.3	53.3	53.3
	Soltero	44	29.3	29.3	82.7
	Unión libre	18	12.0	12.0	94.7
	Divorciado	8	5.3	5.3	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

**Gráfica 3. Estado civil según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.**

**Estado civil**



**Tabla cruzada Estcv\*Deprimido**

		Deprimido		Total	
		No deprimido	Si depremido		
Estcv	Casado	Recuento	62	36	98
		Recuento esperado	62.7	35.3	98.0
		% dentro de Deprimido	64.6%	66.7%	65.3%
	Soltero	Recuento	34	18	52
		Recuento esperado	33.3	18.7	52.0
		% dentro de Deprimido	35.4%	33.3%	34.7%
Total	Recuento	96	54	150	
	Recuento esperado	96.0	54.0	150.0	
	% dentro de Deprimido	100.0%	100.0%	100.0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.066 <sup>a</sup>	1	.797		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	.006	1	.937		
Razón de verosimilitud	.066	1	.797		
Prueba exacta de Fisher				.859	.471
Asociación lineal por lineal	.066	1	.798		
N de casos válidos	150				

a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 18.72.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 4. Antigüedad según MTC Y MD en PS de la UMF /UMAA 161.

### Antigüedad

Antigüedad				
Descriptivos				
		Estadístico	Desv. Error	
antigüedad	Media	7.79	.408	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	6.98	
		Límite superior	8.59	
	Media recortada al 5%	7.41		
	Mediana	8.00		
	Varianza	24.845		
	Desv. Desviación	4.985		
	Mínimo	1		
	Máximo	26		
	Rango	25		
	Rango Inter cuartil	6		
	Asimetría	1.006	.199	
	Curtosis	1.301	.395	

Gráfica 4. Antigüedad según MTC Y MD en PS de la UMF /UMAA 161.

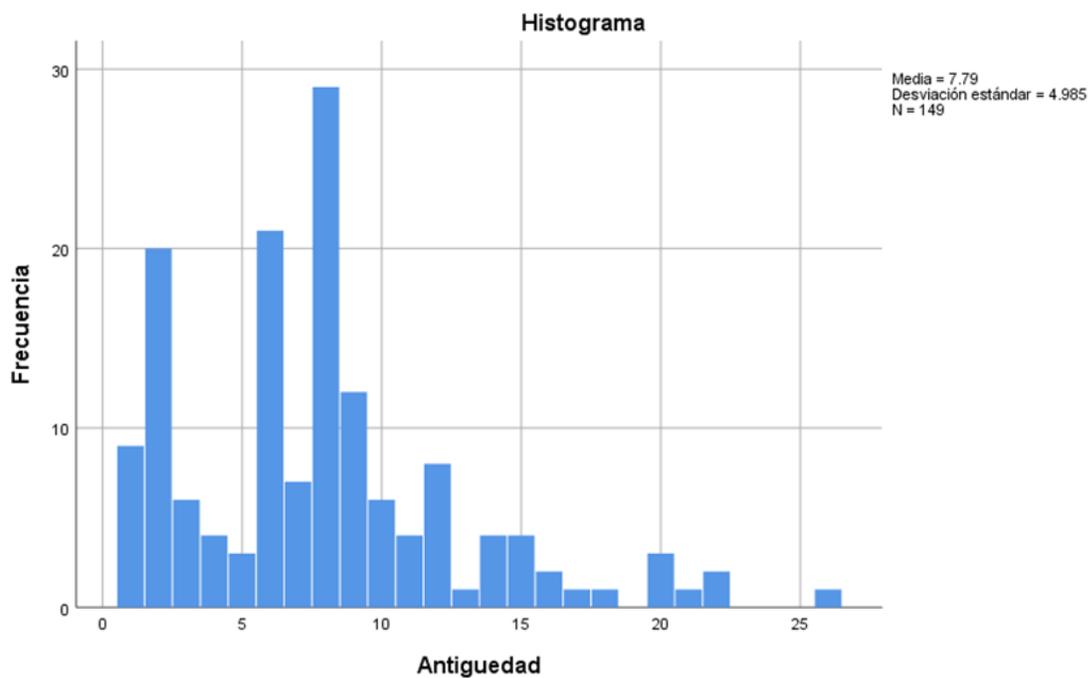


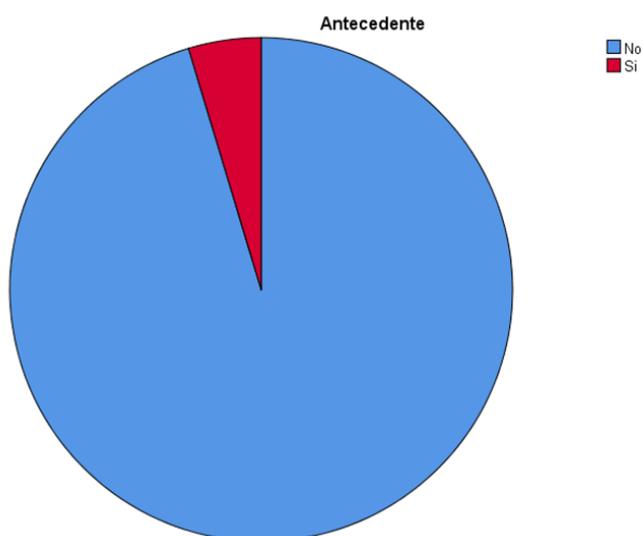
Tabla 5. Antecedentes según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.

Antecedentes

		Antecedente			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	143	95.3	95.3	95.3
	Si	7	4.7	4.7	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

Gráfica 5. Antecedente según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.

Antecedentes



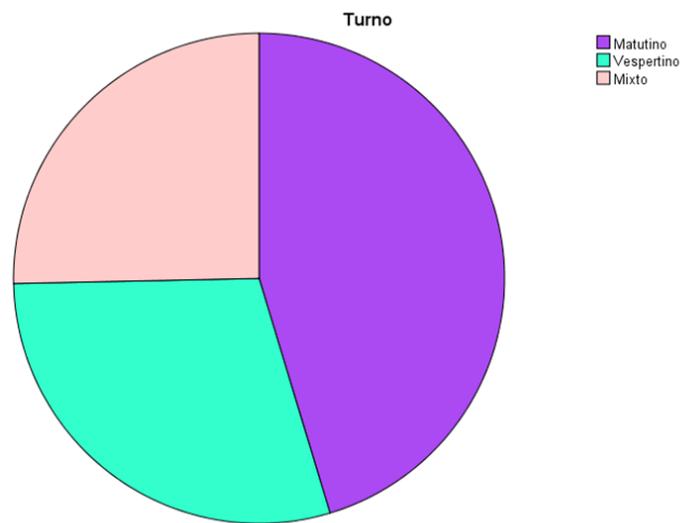
**Tabla 6. Turno según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.**

**Turno**

		<b>Turno</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Matutino	68	45.3	45.3	45.3
	Vespertino	44	29.3	29.3	74.7
	Mixto	38	25.3	25.3	100.0
	<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

**Gráfica 6. Turno según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.**

**Turno**



**Tabla 7 . Horas laboradas según MTC Y MD en PS de la UMF /UMAA 161.**

Descriptivos				
			Estadístico	Desy. Error
Horas laboradas	Media		11.11	.495
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	10.13	
		Límite superior	12.09	
	Media recortada al 5%		10.33	
	Mediana		8.00	
	Varianza		36.826	
	Desy. Desviación		6.068	
	Mínimo		0	
	Máximo		32	
	Rango		32	
	Rango Inter cuartil		8	
	Asimetría		1.905	.198
	Curtosis		4.125	.394

**Gráfica 7. Horas laboradas según MTC Y MD en PS de la UMF /UMAA 161.**

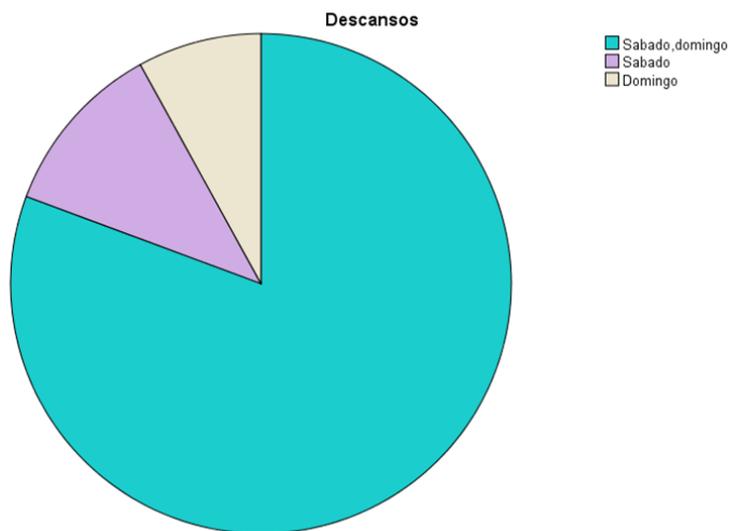
Horas Laboradas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	8	90	60.0	60.0	60.0
	10	2	1.3	1.3	61.3
	12	44	29.3	29.3	90.7
	16	14	9.3	9.3	100.0
	Total	150	100.0	100.0	

**Tabla 8. Descansos según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.**

**Descansos**

Descansos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	sábado, Domingo	121	80.7	80.7	80.7
	sábado	17	11.3	11.3	92.0
	Domingo	12	8.0	8.0	100.0
	<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

**Gráfica 8. Descansos según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.**



**Tabla 9. Puntajes en MTC Y MD en PS de la UMF /UMAA 161.**

## PUNTAJE

Descriptivos				
		Estadístico	<u>Desy. Error</u>	
<b>Puntaje</b>	Media	5.98	.473	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	5.05	
		Límite superior	6.91	
	Media recortada al 5%	5.50		
	Mediana	4.00		
	Varianza	33.331		
	<u>Desy. Desviación</u>	5.773		
	Mínimo	0		
	Máximo	29		
	Rango	29		
	Rango Inter cuartil	9		
	Asimetría	1.176	.199	
	Curtosis	1.031	.395	

Gráfica 9. Puntaje según MTC Y MD en PS de la UMF /UMAA 161.

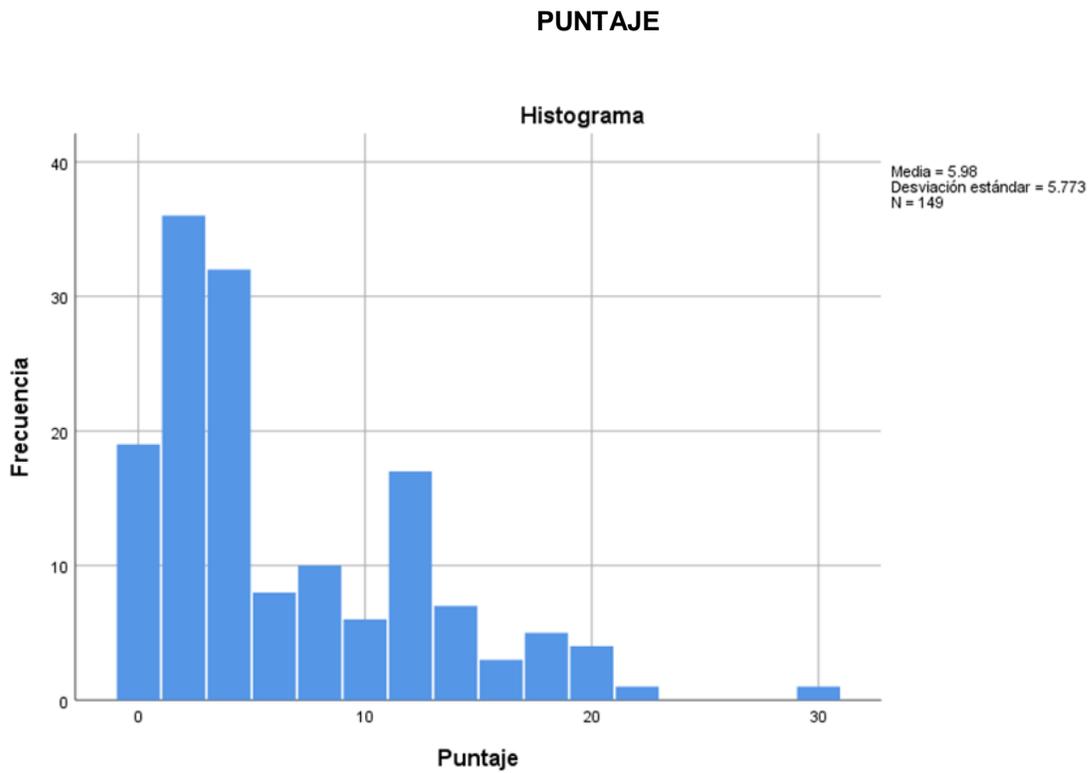


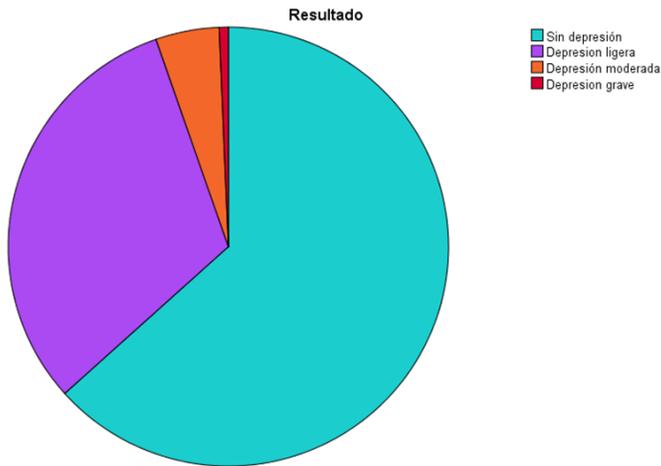
Tabla 10. Resultado según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.

**RESULTADO**

Resultado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Sin depresión	95	63.3	63.3	63.3
	Depresión ligera	47	31.3	31.3	94.7
	Depresión moderada	7	4.7	4.7	99.3
	Depresión grave	1	.7	.7	100.0
	<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Gráfica 10. Resultado según frecuencias y porcentajes en PS de la UMF /UMAA 161.

**RESULTADO**



**Tablas cruzadas**

Resumen de procesamiento de casos						
	Casos					
	Válido		Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
categoría * Resultado	150	100.0%	0	0.0%	150	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.270 <sup>a</sup>	12	.179
Razón de verosimilitud	13.365	12	.343
N de casos válidos	150		

a. 14 casillas (70.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .01.

Tabla cruzada categoría							
			Resultado				Total
			Sin depresión	depresión ligera	Depresión moderada	depresión grave	
categoría	Enfermera	Recuento	43	14	4	0	61
		% del total	28.7%	9.3%	2.7%	0.0%	40.7%
	Enfermero	Recuento	10	5	0	1	16
		% del total	6.7%	3.3%	0.0%	0.7%	10.7%
	Estomatólogo	Recuento	1	0	0	0	1
		% del total	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%
	Medico	Recuento	39	24	3	0	66
		% del total	26.0%	16.0%	2.0%	0.0%	44.0%
	Residente	Recuento	2	4	0	0	6
		% del total	1.3%	2.7%	0.0%	0.0%	4.0%
Total		Recuento	95	47	7	1	150
		% del total	63.3%	31.3%	4.7%	0.7%	100.0%

