



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado



Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD
MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD “HOSPITAL DE ONCOLOGÍA” CENTRO MÉDICO
NACIONAL SIGLO XXI CONFORME AL CUESTIONARIO PHQ-9.**

TESIS

Para obtener el grado de:

Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Ambiental

PRESENTA:

Dra. Brenda Vanessa González Márquez

ASESOR DE TESIS:

Dra. Patricia Pérez Martínez

Ciudad Universitaria, Ciudad de México. Febrero 2024

Facultad de Medicina





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3602**
HOSPITAL DE ONCOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Registro COFEPRIS 17 CE 05 015 057
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 022 2017082

FECHA Martes, 14 de noviembre de 2023

Doctor (a) PATRICIA PEREZ MARTINEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD "HOSPITAL DE ONCOLOGÍA" CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI CONFORME AL CUESTIONARIO PHQ-9**, 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-2023-3602-048

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

Maestro (a) Rafael Medrano Guzman
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3602

00000000

IMSS

ME LIBERTY WILL MAKE US FREE

Dra. Brenda Vanessa González Márquez

Residente de la Especialidad de Medicina del Trabajo y Ambiental en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Avenida Cuauhtémoc 330, colonia Doctores, CP 06720, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX. correo electrónico: brendagonzm1@gmail.com

Dra. Patricia Pérez Martínez, tutor de tesis.

División de Educación en Salud.

Jefa de División en Educación de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI,

Avenida Cuauhtémoc 330, colonia Doctores, CP 06720, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX. correo electrónico: patricia.perezma@imss.gob.mx

Dr. Gerardo Durán Briones

División de Educación en Salud.

Director de Educación e Investigación en Salud de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI,

Avenida Cuauhtémoc 330, colonia Doctores, CP 06720, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX. correo electrónico: gerardo.duranb@imss.gob.mx

Agradecimientos.

A mis padres, gracias por su amor, confianza y apoyo incondicional, por motivarme a siempre cumplir mis metas, por darme todas las oportunidades, todo lo que hago es por y para ustedes.

A mis hermanos, sé que siempre nos tendremos el uno al otro, en las buenas y en las malas.

A Roberto, por permanecer a mi lado, cuidarme incluso en la distancia y por motivarme a ser mejor.

A Chatito, por ser la luz de mis días.

Al Dr. José Luis, por su apoyo durante toda la residencia, por su paciencia y compromiso con nuestra formación.

A la Dra. Pérez por sus enseñanzas y por ser mi asesora de tesis.

A los profesores que compartieron conmigo su conocimiento y experiencia, siempre les estaré agradecida.

A los amigos y compañeros que estuvieron conmigo estos años, gracias por todos los momentos y las risas, por su amistad y su apoyo en los tiempos difíciles.

Contenido

RESUMEN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
1. Salud Mental.....	7
2. Depresión.....	7
2.1 Definición.....	7
2.2 Epidemiología.....	9
2.3 Etiología.....	9
2.4 Factores de riesgo.....	10
3. Depresión en personal de enfermería.....	11
4. Cuestionario de salud del paciente PHQ-9.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	14
HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	14
General.....	15
Específicos.....	15
MATERIAL Y MÉTODOS.	15
Variables.....	18
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.....	23
RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	31
ANEXOS.....	32
CRONOGRAMA.	35
BIBLIOGRAFÍA.	36

RESUMEN.

Introducción. La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente a lo largo de la vida, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cuenta con una prevalencia de 5% en la población adulta de manera global. El personal de enfermería se encuentra expuesto a múltiples factores para desarrollar depresión al ser ellos quienes se encuentran más cercanos a la atención directa de los derechohabientes. La alta prevalencia de síntomas depresivos en esta población de trabajadores ha sido reportada hasta del 20% en estudios de hospitales públicos realizados en México. La presencia de esta enfermedad tiene repercusiones intrínsecas, laborales, económicas y sociales como la discapacidad, disminución de la productividad, suicidio, negligencia profesional, errores en la ejecución de tareas y resultados adversos en la salud de los pacientes. Conocer la prevalencia de depresión en este grupo es necesario para otorgar atención psicológica y médica oportuna además de mejorar los programas de vigilancia a la salud mental. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión en el personal de enfermería de UMAE H. Oncología CMN SXXI mediante el Cuestionario de salud del paciente PHQ-9. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal en la UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI, en enero 2024, se incluyó personal de enfermería adscrito a la unidad, que aceptaron participar en el estudio, se acudió a los diferentes servicios del hospital, se entregó y explicó el consentimiento informado así como el instrumento que recabó datos sociodemográficos-laborales y el "Cuestionario de salud del paciente PHQ-9, los datos obtenidos fueron recolectados y capturados en un formato de Excel y posteriormente al programa IBM SPSS 26 para su análisis. **Resultados:** la muestra constó de 180 enfermeras(os), la prevalencia de depresión fue de 18.8%, de los trabajadores con algún grado de depresión, 79.41% fueron mujeres. El área de trabajo con más personal afectado fue la de hospitalización con 48.6%, el puesto de trabajo con más afectación fue el de auxiliar de enfermería general con 52.7%, dentro del estado civil en la población afectada, ser soltero tuvo un predominio con 47.3%. **Conclusiones:** se encontró relación del sexo, área de trabajo, puesto de trabajo y estado civil con la presencia de depresión.

Palabras clave: depresión, enfermería, cuestionario PHQ-9.

MARCO TEÓRICO.

1. Salud Mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.¹

Es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Tanto la salud mental como las enfermedades mentales están determinadas por dichos factores que están interactuando como lo son lo social, lo psicológico y lo biológico.

Debe diferenciarse la tristeza como emoción psicológica y adaptativa, en diversas circunstancias vitales del síndrome depresivo, condición médica caracterizada por: bajo tono vital, disminución de intereses y actividades, incapacidad para disfrutar, apatía, abatimiento, tristeza, sentimientos de incapacidad y culpa, valoración negativa de sí mismo y del entorno, pesimismo, desesperanza o suicida, abandono personal, deterioro de la actividad laboral o doméstica, retraimiento social, consumo de sustancias, dificultades para atender y concentrarse, olvidos, disminución del apetito; insomnio. Las enfermedades mentales se asocian con una carga significativa de morbilidad y discapacidad.²

2. Depresión.

2.1 Definición.

La depresión es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales.³

En su forma clínica, las dos fuentes principales consultadas para la definición, clasificación y diagnóstico de la depresión son: la quinta versión del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10).⁴

En el manual DSM-5, la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en las siguientes categorías: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.⁵ En la CIE-10 la depresión se incluye entre los trastornos del humor (afectivos) y se clasifica en: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (estados

depresivos sin especificación o atípicos), mismos que suelen acompañarse de un cambio en la actividad general asociada con otros síntomas, la mayoría de las veces secundarios. ⁶

La clasificación de depresión más empleada en la actualidad es la que corresponde al DSM-5, la cual establece que para considerar la existencia de un episodio de depresión mayor deben reunirse cinco o más de los criterios diagnósticos especificados en la Tabla 1 durante un periodo de 2 semanas. ⁵

Tabla 1. Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido 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 (p.ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
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 (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
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 sólo 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 no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro especificado.
E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.*

En el caso de CIE-10, establece los siguientes criterios diagnósticos para un episodio depresivo:

1. Sintomatología:

- a) Humor Depresivo
- b) Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia)
- c) Disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado
- d) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- e) Pensamientos de culpa y de ser inútil
- f) Trastornos de sueño (insomnio o hipersomnia)
- g) Trastornos del apetito (anorexia o hiperorexia)
- h) Pensamientos y actos suicidas

2. Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas; aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. ⁶

Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves en función al número y la intensidad de los síntomas, así como las repercusiones en el funcionamiento del individuo, así existen varios trastornos del estado de ánimo. ⁶

2.2 Epidemiología

La depresión es una enfermedad frecuente de forma global, se estima una prevalencia del 3.8% de la población, incluidos un 5 % de los adultos y un 5.7% de los adultos con más de 60 años, con afectación a más de 280 millones de personas mundialmente, con repercusión en la capacidad funcional, problema de salud sobre todo cuando su evolución es larga y su intensidad es moderada a grave con afectación en las actividades laborales, sociales y familiares. ⁷

Actualmente México ocupa el lugar dieciséis en el mundo con más personas con depresión, con una prevalencia del 8% de la población. Después del primer año de la pandemia por virus SARS CoV 2 hubo un aumento de dichos casos, la Secretaría de salud reportó 84 396 nuevos casos a finales de 2020, la cifra subió a 104 719 y en el 2022 se registraron 131 454 casos. ⁸

2.3 Etiología

Se consideran tres tipos de factores etiopatogénicos: genéticos, biológicos y sociales.

Factores biológicos: en personas con depresión existe una disminución de monoaminas biógenas como la serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central, alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino. ⁹

La serotonina ha sido la amina más asociada, ya que dentro de sus funciones principales están el sueño, actividad motora, percepción sensorial, comportamiento sexual, apetito y secreción de hormonas. Algunos pacientes con impulsos suicidas tienen concentraciones notablemente bajas de los metabolitos de la serotonina. Por otra parte, la dopamina se ha relacionado con el trastorno depresivo al estar implicada con la anhedonia cuando sus niveles se encuentran disminuidos. ⁵

Los trastornos inflamatorios se han estudiado desde hace dos décadas a través de investigaciones que demuestran cómo las citocinas inflamatorias producen una alteración en la plasticidad cerebral. También existe una relación destacada entre la depresión y el estrés crónico, donde destacan hormonas como la somatostatina y la hormona liberadora de corticotropina (CRH, por sus siglas en inglés) al inhibir la secreción de noradrenalina y dopamina. ¹⁰

Factores genéticos: tanto la herencia familiar como los genes se encuentran involucrados con el desarrollo de un trastorno del estado de ánimo, si un padre lo presenta, su hijo tiene un riesgo del 10 al 25% de presentarlo, si ambos padres lo presentan tiene el doble del riesgo. El gen COMT afecta el volumen del hipocampo, alelo FKBP5 que afecta el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal que se relaciona con la hormona corticotropina y cortisol, gen BDNF que se relaciona con la severidad de la depresión. ¹¹

Factores psicosociales: el estrés que da un evento dará lugar a cambios de larga duración en la biología del cerebro, estados funcionales de varios neurotransmisores, pérdida de neuronas y reducción excesiva de los contactos sinápticos. ^{11,12}

2.4 Factores de riesgo

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación con las circunstancias y al momento de la vida que se desarrolla. Sin embargo, existen diversos factores que se han atribuido a las circunstancias personales o sociales y han representado mayor frecuencia en la presentación de un trastorno depresivo, como la pobreza, enfermedades crónicas físicas o mentales, consumo de alcohol o tabaco, condiciones laborales, estado civil y estrés crónico. ^{11,13}

3. Depresión en personal de enfermería

La profesión de Enfermería es de suma importancia por nuestra sociedad, ya que tiene capacidad para actuar en la solución de problemas de salud y en la condición humanística en la atención de los pacientes, exponiéndose a múltiples factores de riesgo. Es una ocupación con prevalencias altas de trastornos, estimando que éstas pueden llegar a ser el doble de lo que corresponde a la población general. ¹⁴

Los problemas de salud mental entre los trabajadores de la salud incluyen el estrés, el desgaste profesional, la depresión, la ansiedad, los trastornos por consumo de sustancias y la conducta suicida. Estos problemas han prevalecido antes y después de la pandemia por SARS CoV2, entre las condiciones de trabajo exigentes de la atención de la salud se conocen las siguientes: largas jornadas de trabajo, turnos rotativos e irregulares, trabajo físico y emocional intenso. ¹⁵

En un estudio realizado en personal de enfermería que laboraba en un hospital de atención a la salud mental en Grecia (Tsaras, 2018) se investigó la prevalencia de depresión en esta población además de los factores asociados como la edad, escolaridad, experiencia laboral y su importancia para el desarrollo de este trastorno. La prevalencia encontrada fue de 52.7%. Áreas donde se atiende a pacientes con padecimientos relacionados con la salud mental comparten similitudes con la demanda laboral que requiere un área de atención a pacientes con enfermedades oncológicas, esto debido a ser campos de trabajo más estresantes y emocionalmente exigentes, en especial para las enfermeras, que constantemente están expuestas a diversas situaciones generadoras de estrés como el dolor, la muerte, el duelo y conflictos. ¹⁶

4. Cuestionario de salud del paciente PHQ-9

El cuestionario de salud del paciente (PHQ, por sus siglas en inglés) es un instrumento de diagnóstico para trastornos mentales, una versión más pequeña y autoaplicada del Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD). ¹⁷

Fue desarrollado para detectar 5 trastornos: somatizaciones (PHQ-15), la depresión (PHQ-9), ansiedad, pánico y trastornos alimenticios. Cada módulo puede ser utilizado solo, junto a otros módulos o como parte del PHQ completo. ¹⁷

De todas las escalas de tamizaje y seguimiento de los síntomas depresivos, PHQ-9 es uno de los más utilizados en los últimos años debido a la facilidad de su aplicación. ¹⁸

Es una versión resumida de una sección del PRIME-MD, el cual fue inicialmente desarrollado para detectar los cinco trastornos mentales más comunes en el primer nivel de atención: depresión, ansiedad, dependencia de alcohol, trastornos somatomorfos y trastornos de la

alimentación. El PHQ-9 fue desarrollado con el propósito de establecer un diagnóstico provisional de depresión y determinar la severidad de los síntomas depresivos. ¹⁸

Este instrumento es más corto que la mayoría de las escalas de cribado de depresión y se considera como el mejor instrumento de cribado para depresión por su exactitud, brevedad, ser de dominio público y multipropósito, facilidad de aplicación, puntuación e interpretación.

El grupo de trabajo para trastorno depresivo mayor del DSM-5 y las guías del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés) consideran el PHQ-9 como la medición preferida para evaluar la presencia de depresión y cuantificar su severidad. ¹⁸

Cuenta con una sensibilidad del 88%, una especificidad del 92% y un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.835, siendo un instrumento confiable, que efectúa mediciones estables y consistentes. Asimismo, este instrumento ha mostrado una validez diagnóstica en pacientes con síntomas depresivos, comparable con la versión original en inglés mostrando características similares en poblaciones de lengua española y su desempeño con la versión original ¹⁹, considerándolo una herramienta segura para realizar el correcto diagnóstico y seguimiento de los casos detectados de Depresión, además es herramienta con bajo costo y mínimo tiempo de aplicación, pudiendo aplicarlo a un gran grupo de personas. ²⁰ Es importante mencionar que el PHQ-9 ha sido validado en distintos países de Latinoamérica, incluyendo Chile ²⁰, Colombia ²¹, Argentina ²² y Perú ²³.

Está constituido por los 9 síntomas del criterio A del DSM-5. Esos 9 ítems están dispuestos en forma de una escala de tipo adjetival que valúa la presencia de síntomas en las últimas 2 semanas (nada en absoluto, varios días, más de la mitad de los días y casi todos los días) que se puntúan de 0 a 3, llegando a una puntuación de entre 0 a 27.

Puede ser auto o heteroadministrado y se usa ya sea de manera algorítmica para realizar un diagnóstico probable de un episodio depresivo o como una medida continua de puntajes que van de 0 a 27 y puntos de corte de 5,10,15 y 20, representando los niveles de síntomas depresivos como leve, moderado, moderadamente severo y severo como se describe en la Tabla 2. ¹⁸

Tabla 2. Severidad de depresión de acuerdo con el puntaje obtenido en PHQ-9

Puntaje total	Severidad
1-4	Mínima
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
20-27	Severa

Fuente: PHQ-9 adaptado del PRIMEMDTODAY, desarrollado por Drs. Robert I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, 1999.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Para las Instituciones de salud, los recursos humanos son de suma importancia para brindar servicios de calidad, el funcionamiento de áreas operativas y la atención de pacientes. El hospital de Oncología de CMN SXXI cuenta con una población de 1934 trabajadores, de la cual el 33% está constituida por personal de Enfermería con un total de 641 enfermeros y enfermeras, distribuidos en las siguientes categorías: enfermera general, auxiliar de enfermería general, enfermera especialista y jefaturas diversas.

Los enfermeros que trabajan en unidades hospitalarias, especialmente aquellos que prestan servicios especializados a pacientes con cáncer realizan funciones asistenciales, administrativas y docentes. Son ellos quienes cuidan y acompañan a los pacientes desde su ingreso, participan en la administración de tratamientos y cuidados paliativos.

Por lo antes mencionado, la profesión de enfermería se caracteriza por el manejo de situaciones críticas, que precisa de un desempeño eficiente y efectivo, que conlleva a una gran responsabilidad y por ende presiones, conflictos y cambios continuos. Es por ello que la existencia de depresión en el personal que atiende al paciente oncológico o no oncológico, representa un problema para la institución de salud, pues se reflejará en: un incremento de los daños laborales y económicos derivados de la presencia de trastornos mentales en estos profesionales; para la sociedad, se reflejará en una mala calidad en el servicio y atención de las necesidades del paciente y por supuesto, para los propios trabajadores representaría un sufrimiento que puede afectar su desempeño personal y laboral.

En estudio realizado por Bestard Rico (24) realizado en un área de atención psiquiátrica que buscaba la presencia de ansiedad y depresión en personal de enfermería adscrito, fue significativo que la mayor cifra de las enfermeras no afectadas, trabajan en servicios de enfermos agudos, mientras que un porcentaje considerable de las que sufrían alteraciones psiquiátricas, lo hacen en servicios de crónicos hospitalizados. En el estudio realizado por Lerma et al (14), las enfermeras que entran a cargo de enfermos crónicos tuvieron altos índices de depresión con una prevalencia de 20.3%, de la cual un 16.1% correspondió a depresión leve y 4.2 % depresión moderada.

Sin embargo, actualmente no hay estudios en nuestro medio enfocados en personal de enfermería que labora en áreas de atención a pacientes oncológicos, cuando por las características y requerimientos de dichos derechohabientes, estos trabajadores pueden presentar síntomas depresivos que no son detectados de manera oportuna.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la prevalencia de depresión en el personal de enfermería de la UMAE H. Oncología CMN SXXI según el cuestionario PHQ-9?

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La prevalencia de depresión en el personal de enfermería del Hospital de Oncología CMN SXXI será de 20%.

JUSTIFICACIÓN.

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente a lo largo de la vida, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cuenta con una prevalencia de 5% en la población adulta de manera global. (7)

La relación de las características específicas de la profesión como una condición asociada al desarrollo de trastorno depresivo requiere especial atención.

El personal de enfermería se encuentra expuesto a múltiples factores para desarrollar depresión al ser ellos quienes se encuentran más cercanos a la atención directa de los derechohabientes. La alta prevalencia de depresión en esta población de trabajadores ha sido reportada hasta del 20% en estudios de hospitales públicos realizados en México. (14) La presencia de esta enfermedad tiene repercusiones intrínsecas, laborales, económicas y sociales como la discapacidad, disminución de la productividad, suicidio, negligencia profesional, errores en la ejecución de tareas y resultados adversos en la salud de los pacientes. (15)

Aplicar el cuestionario de salud PHQ-9 al personal de enfermería ayudará a identificar a aquellos trabajadores con síntomas depresivos para otorgar atención psicológica y médica preventiva con un enfoque más específico el grupo de individuos que se determine en situación de riesgo. De esta forma, los resultados de esta investigación serán de utilidad para el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (SPPSTIMSS) ya que se podrá valorar, desde el ingreso al puesto de trabajo, las intervenciones y el seguimiento que requiere la población de enfermería y programas de vigilancia a la salud mental, además de que esta información servirá de apoyo a las jefaturas correspondientes para establecer mejores medidas correctivas y de controles administrativos dentro del área laboral.

Por tal, se justifica la elaboración del presente estudio.

OBJETIVOS.

General

- Establecer la prevalencia de depresión en el personal de enfermería de UMAE H. Oncología CMN SXXI mediante el Cuestionario de salud del paciente PHQ-9

Específicos.

- Describir las variables sociodemográficas y laborales del personal de enfermería de la UMAE H. Oncología CMN SXXI.
- Determinar la severidad de depresión en el personal de enfermería de UMAE H. Oncología CMN SXXI
- Asociar las variables sociodemográficas y laborales con la presencia de depresión en el personal de enfermería de UMAE H. Oncología CMN SXXI

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de estudio: Observacional, prospectivo y transversal.

Población: Personal de enfermería con categoría de: auxiliar de enfermería general, enfermera general, enfermera especialista y jefaturas adscrito a la UMAE H. Oncología Centro Médico Nacional Siglo SXXI.

Lugar: UMAE Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Criterios.

Criterios de inclusión.

- Personal de enfermería de base adscrito a la UMAE H. Oncología CMN SXXI con antigüedad mínima de 1 año
- Que haya aceptado participar en el estudio y firmado el consentimiento informado

Criterios de exclusión.

- Que no acepten participar en el estudio.
- Que no firmen el consentimiento informado.

Criterios de eliminación.

- Trabajadores que no completen el instrumento.

Cálculo de muestra:

Para el cálculo del tamaño de muestra se aplicó la fórmula para poblaciones finitas, tomando en cuenta la prevalencia de depresión de 20.3% encontrada por Lerma *et al* (14) se calculó el tamaño mínimo de muestra para lograr una adecuada representatividad de la población de estudio.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n= tamaño de muestra.

N= tamaño de la población o universo=641

Z= nivel de confianza deseado=95%=1.96

e= error de estimación máximo aceptado=5%

p= probabilidad de que ocurra el evento estudiado=20%

q= probabilidad de que no ocurra el evento estudiado=80%

Sustituyendo los valores:

$$\begin{aligned}n &= NZ^2pq/e^2(N-1)+Z^2pq \\n &= (641)(1.96)^2(20)(80)/(5)^2(641-1)+(1.96)^2(20)(80) \\n &= (641)(3.8416)(20)(80)/(25)(640)+(3.8416)(20)(80) \\n &= 3939944.96/ 16000+6146.56 \\n &= 3939944.96/ 22146.56 \\n &= 177.903248\end{aligned}$$

Dando como resultado el tamaño de muestra de: 178 trabajadores.

Plan general: Una vez que el protocolo sea aprobado por los comités locales de investigación y de ética, la alumna tesista Brenda Vanessa González Márquez, ubicará al personal de enfermería en sus tres diferentes turnos y visitará cada uno de los servicios y áreas del hospital en donde éstos presten sus servicios. Posteriormente se invitará al personal que cumpla con los criterios de selección a participar en el protocolo de investigación. En caso de aceptar, se le entregará y explicará el consentimiento informado, una vez que este sea firmado se le entregará el instrumento que consistirá en una hoja impresa por ambos lados que contará con dos secciones, la primera sección recabará datos sociodemográficos-laborales y la segunda sección contendrá el “Cuestionario de salud del paciente PHQ-9”. Se detallarán las instrucciones del llenado y, en caso de existir, se aclararán dudas. Se asignará número de folio a cada participante y los datos obtenidos serán recolectados y capturados posteriormente en un formato de Excel, por parte de la alumna tesista. Los resultados que ameriten atención especializada serán referidos de manera inmediata y oportuna al SPPSTIMSS.

Plan estadístico

De las características basales de la población se analizarán como variables cualitativas el sexo, estado civil, categoría de puesto de trabajo, turno, pluriempleo, escolaridad, comorbilidades y si es cuidador primario de familiar enfermo en casa; los resultados se presentarán como frecuencias y porcentajes, de las variables cuantitativas de edad, antigüedad, número de hijos e índice de masa corporal se evaluará el tipo de distribución y de acuerdo a este, en caso de ser de distribución normal se usará la media y la desviación estándar mientras que si son de libre distribución se utilizará la mediana y el rango intercuartil. Para la asociación de las variables sociodemográficas y laborales con la severidad síntomas depresivos se utilizarán modelos de regresión logística bivariados.

Variables.

Variable dependiente				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Escala de medición
1. 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.	Presencia o severidad de depresión determinado por el resultado obtenido del cuestionario PHQ 9 realizado al personal de enfermería en estudio.	Cualitativa ordinal politómica	1) Mínimo (0-4 puntos) 2) Leve (5-9 puntos) 3) Moderado (10-14 puntos) 4) Moderadamente severo (15-19 puntos) 5) Severo (20-27 puntos)

Variables independientes				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala	Escala de medición
1. Sexo	Condición biológica que clasifica a los individuos en mujeres y hombres.	Se evaluará a través de las características del fenotipo.	Cualitativa nominal dicotómica.	1) Mujer 2) Hombre

2. Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta	Los años cumplidos referidos por el trabajador en cuestionario escrito.	Cuantitativa discreta	Años cumplidos.
3. Estado civil	Situación civil en que se encuentra una persona física en relación con otra y con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos	Estado civil actual referido por el trabajador en cuestionario escrito	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
4. Puesto de trabajo (Categoría)	La categoría ocupada por un trabajador dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social	Categoría referida por el trabajador en la que desempeñe su actividad laboral.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxiliar de enfermera general 2. Enfermera general 3. Enfermera especialista 4. Enfermera jefe de piso
5. Turno	Horario en el que el trabajador desempeña su actividad laboral, según un orden establecido	Turno de trabajo actual referido por trabajador en el cuestionario.	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno

	previamente.			
6. Área de puesto de trabajo	Sitio físico o zona donde se llevan a cabo las actividades laborales	Lugar o sitio específico donde el trabajador refiera realizar sus actividades laborales.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitalización 2. Consulta externa 3. Admisión médica continua 4. Quimioterapia 5. Radioterapia 6. Quirófano 7. Otra
7. Antigüedad	Tiempo laboral en años, que ha acumulado el trabajador en el mismo puesto de trabajo	Años/meses/quincenas referidas por el trabajador en los que ha laborado como personal de enfermería sin importar la adscripción.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1- 1 a 4 años 11 meses 2- 5 años a 9 años 11 meses 3- 10 años a 14 años 11 meses 4- 15 años o más
8. Pluriempleo	Desempeño de dos o más empleos por parte de una misma persona.	Referencia del trabajador en el cuestionario sobre si cuenta con 2 o más empleos llevando a cabo actividades de su categoría.	Cualitativa nominal dicotómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
9. Escolaridad	Identificación que hace el sujeto de su nivel educativo máximo alcanzado.	Nivel máximo de estudios concluido que es referido por el trabajador.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Técnica 2. Licenciatura 3. Posgrado

10. Comorbilidades	Ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona	Enfermedades previamente diagnosticadas referidas por el trabajador.	Cualitativa nominal dicotómica.	1. Si 2. No
11. Padre/Madre	Hombre o mujer que biológica y/o legalmente es responsable de un infante	Paternidad o maternidad referida por el trabajador.	Cualitativa nominal dicotómica.	1. Sí 2. No
12. Cuidador primario de familiar enfermo en casa	Persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo	Referencia del trabajador en el cuestionario sobre si actualmente es el cuidador principal de una persona enferma en su hogar.	Cualitativa nominal dicotómica.	3. Sí 4. No
13. Peso	Medida de la masa corporal expresada en kilogramos	Se obtendrá a través báscula de composición corporal de cuerpo completo	Cuantitativa continua	Medida de peso expresada en kilogramos/gramos
14. Estatura	Medida de una persona en posición vertical desde la región plantar del pie hasta el punto más alto de la cabeza	Obtención de la variable por medio de estadímetro	Cuantitativa continua	Medida de estatura expresada en metros/centímetros
15. Índice de masa corporal	Medida de asociación entre el peso y la	Se calculará dividiendo el peso en kilogramos entre la estatura	Cuantitativa ordinal	1. Insuficiencia ponderal <18.5 2. Intervalo normal 18.6-24.9

	estatura de un individuo.	al cuadrado en metros (kg/ m ²)		<ul style="list-style-type: none"> 3. Sobrepeso 25-29.9 4. Obesidad I 30.1-34.9 5. Obesidad II 35-39.9 6. Obesidad III >40
--	---------------------------	---	--	---

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

El presente trabajo de investigación será factible ya que es un estudio de tipo observacional y se requiere del uso de pocos recursos económicos y humanos para su realización.

Este trabajo seguirá los lineamientos de la Declaración de Helsinki, respetando los principios éticos básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La investigación se desarrollará con el respaldo de la Ley General de Salud, señalado en su artículo 100, sobre los principios científicos y éticos de la investigación médica. Así como lo señalado en el Artículo 17 Fracción II, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, que considera esta investigación con riesgo mínimo ya que se realizarán cuestionarios que tratarán aspectos sensibles de la conducta de los individuos que participaron en el estudio.

El presente trabajo se desarrollará con base en la NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Y con apoyo de la normativa institucional, reflejado en el Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, Capítulo II Investigación en Salud, artículo 167, donde menciona que la investigación en salud se llevará a cabo conforme a la normatividad vigente, a los lineamientos de la ética médica y de la buena práctica clínica, señalados en la Ley General de Salud y de acuerdo con los mecanismos de regulación y control de las actividades de investigación en salud establecidos por el Instituto.

La información obtenida se concentrará en una base de datos de Excel que se resguardará mediante una contraseña para asegurar la confidencialidad de los sujetos del estudio. en donde en ningún momento será manipulada por terceras personas y se encontrará completamente bajo la supervisión de los investigadores asociados, evitando reconocer los nombres de los pacientes, así como otros datos de identificación y será utilizada estrictamente para fines de investigación y divulgación científica.

Como posibles riesgos se encuentra el abordar temas que sean considerados sensibles para el personal que sea parte del estudio, así como interrupción en sus actividades intrahospitalarias.

Los potenciales beneficios de la presente investigación exceden a los riesgos que probablemente puedan aparecer, ya que ayudará a captar a los trabajadores que presentan sintomatología depresiva y de esta manera, referirlos para su atención psicológica y médica, buscando que puedan contar con un diagnóstico oportuno y tratamiento especializado.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS.

Humanos.

- Investigador
- Asesor Clínico

Físicos.

- Laptop HP, Windows 11
- Microsoft Office 2010, Excel y Word
- IBM SPSS STATICS 26
- Impresora HP
- Tinta para impresora
- Pluma y lápiz
- Hojas blancas tamaño carta

Financieros.

- Los propios del investigador.

RESULTADOS

La población de estudio se conformó por un total de 180 enfermeras(os), de los cuales el 66.6% (n=120) son mujeres y el 33.3% hombres, con respecto al estado civil un 37.2% (n=67) son casados, 32.7% (n=59) solteros, 19.4% (n=35) en unión libre y 10.5% (n=19) divorciados. La mayoría de la población encuestada tuvo el puesto de trabajo de auxiliar de enfermera general con un 45.5% (n=82), seguida de enfermera general con el 34.4% (n=62), enfermera especialista 13.3% (n=24) y enfermera jefe de piso con el 6.6% (n=12) como se puede observar en el cuadro 1.

Cuadro 1. Características basales de la población

Total	N=180
Sexo n (%)	
Femenino	120 (66.6%)
Masculino	60 (33.3%)
Estado civil (%)	
Soltero	59 (32.7%)
Casado	67 (37.2%)
Divorciado	19 (10.5%)
Viudo	0
Unión libre	35 (19.4%)
Categoría de puesto de trabajo (%)	
Auxiliar de enfermera general	82 (45.5%)
Enfermera general	62 (34.4%)
Enfermera especialista	24 (13.3%)
Enfermera jefe de piso	12 (6.6%)
Área de puesto de trabajo (%)	
Hospitalización	61 (33.8%)
Consulta externa	20 (11.1%)
Admisión médica continua	30 (16.6%)
Quimioterapia	19 (10.5%)
Radioterapia	4 (2.2%)
Quirófano	23 (12.7%)
Otra	23 (12.7%)
Turno (%)	
Matutino	65 (36.1%)
Vespertino	67 (37.2%)
Nocturno	48 (26.6%)
Antigüedad (años/meses)	
1 a 4 años 11 meses	50 (27.7%)

5 años a 9 años 11 meses	42 (23.3%)
10 años a 14 años 11 meses	56 (31.1%)
15 años o más	32 (17.7%)
Pluriempleo (%)	
Sí	14 (7.78%)
No	166 (92.2%)
Escolaridad (%)	
Técnica	79 (43.8%)
Licenciatura	71 (39.4%)
Posgrado	30 (16.6%)
Comorbilidades (%)	
Si	28 (15.5%)
No	152 (84.4%)
Hijos	
Si	123 (68.3%)
No	57 (31.6%)
Cuidador primario de familiar enfermo en casa (%)	
Si	16 (8.8%)
No	164 (91.1%)
IMC (kg/cm²)	
Intervalo normal 18.6-24.9	43 (23.8%)
Sobrepeso 25-29.9	86 (47.7%)
Obesidad I 30.0-34.9	40 (22.2%)
Obesidad II 35-39.9	8 (4.4%)
Obesidad III 40.0 o más	3 (1.6%)

En el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta especialidad del Centro Médico Nacional Siglo XXI se encuentran adscritos 641 trabajadores de la rama de enfermería; para obtener una muestra representativa se calculó un tamaño de muestra de 178 participantes, sin embargo, se logró la participación de 180 sujetos de estudios. A todos ellos se les aplicó la herramienta PHQ9, obteniéndose los siguientes resultados:

Para la clasificación de los grupos se ocupó un corte de 0 a 9 puntos como población sin depresión y \geq a 10 como población con depresión. Por lo tanto, la prevalencia de depresión en la población de estudio fue de 18.8% (n=34) y del 81.2% (n=146) sin depresión. (Gráfico 1)

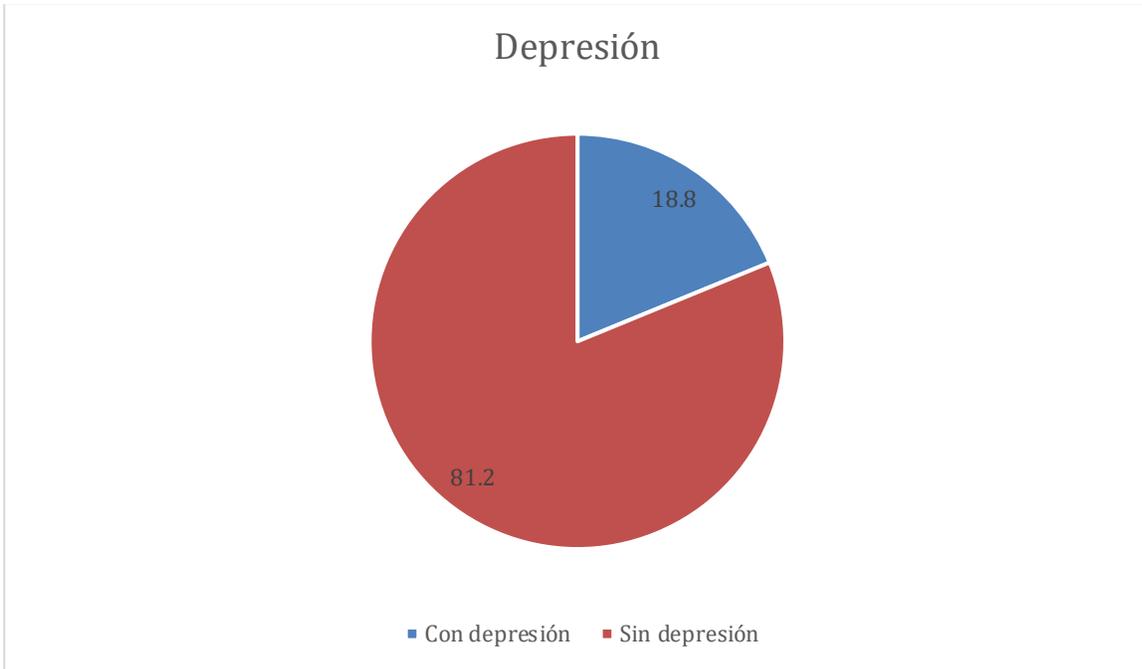


Gráfico 1. Frecuencia de depresión

Del 100% (n=180) de la población incluida en el estudio, 58.9% (n=106) se encuentran en severidad mínima, el 22% (n=40) en severidad leve, 17%(n=31) severidad moderada y el 2%(n=3) moderadamente severo. (Grafico 1)

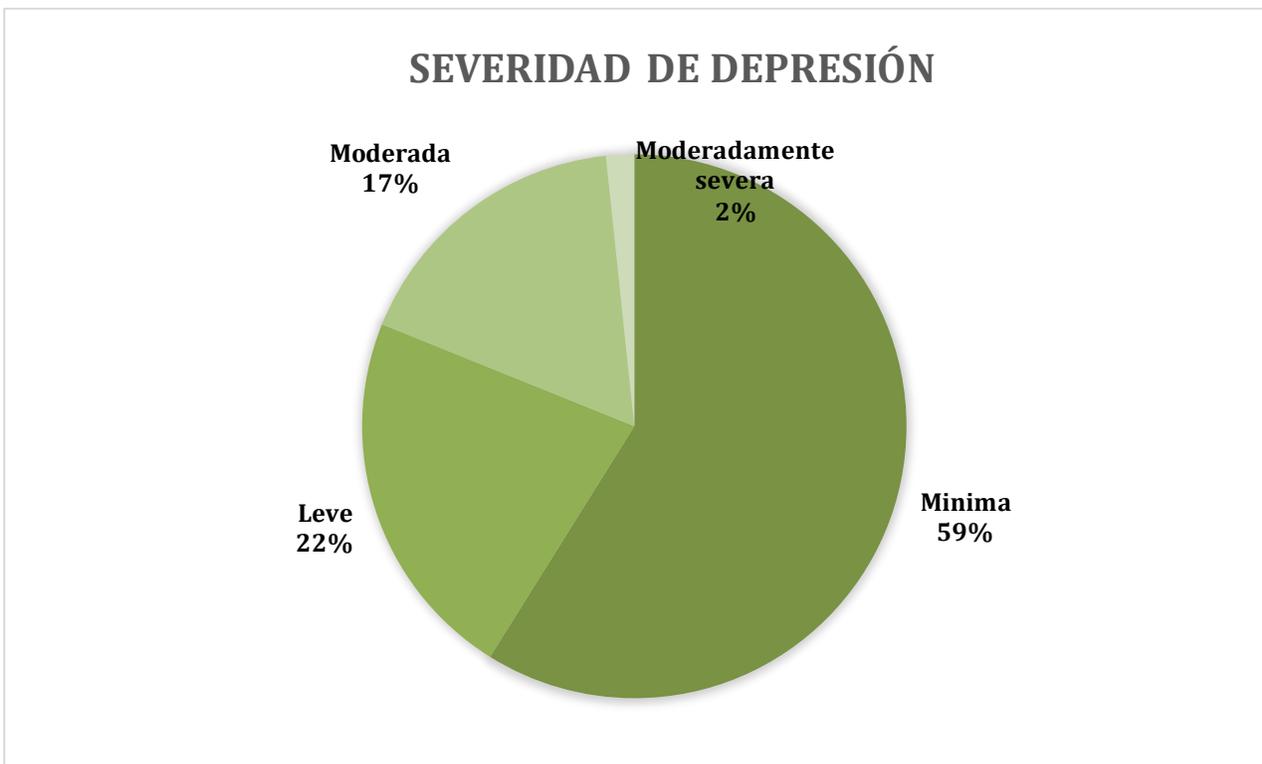


Grafico 2. Severidad de depresión de acuerdo con el puntaje obtenido en PHQ-9.

VARIABLES	Depresión (-)	Depresión (+)	Sig. t
	(n=146)	(n=34)	
Edad (Años)	38.4 ± 8.1	35.26 ± 6.7*	0.007

Tabla1. Variables sociodemográficas. Los resultados son expresados como la media ± DEM.

Se realizó la caracterización sociodemográfica con la clasificación de los grupos de interés, encontrando predominio de depresión en el sexo femenino con un 79.4% en comparación con el sexo masculino que tuvo un 20.59%. El estado civil soltero tuvo un predominio de 41.1% en la población con depresión mientras que el estado civil casado fue el porcentaje más alto con 38.3% en la población sin cuadro depresivo, el grado de estudios a nivel licenciatura se encontró en un porcentaje de 47.3% lo cual se puede observar en el cuadro 2.

Cuadro 2. Características sociodemográficas: Sin depresión/ Con depresión

	Depresión (-) (n=146)	Depresión (+) (n=34)	p-valor*
Sexo			
Mujer	93 (63.7%)	27 (79.41)	0.02*
Hombre	53 (36.3%)	7 (20.59%)	
Estado Civil			
Soltero	45 (30.8%)	14 (41.1%)	0.005*
Casado	56 (38.3%)	11 (32.3%)	
Divorciado	15 (10.27%)	4 (11.7%)	
Unión libre	30 (20.55%)	5 (14.7%)	
Escolaridad			
Técnico	58 (39.7%)	14 (44.6%)	
Licenciatura	58 (39.7%)	16 (47.3%)	0.02*
Postgrado	30 (20.5%)	4 (8.1%)	

*p<0.05; Chi-Cuadrado

En cuanto a las variables laborales, el turno vespertino tuvo el 36.5%, el matutino 33.8% y el nocturno 29.7%. La categoría de auxiliar de enfermería general tuvo un 52.7% (n=16) y con respecto al área laboral, la zona con más afectación fue la de hospitalización con el 48.6%, seguido de admisión médica continua 21.6%, consulta externa 12.2%, quirófano 9.5%, otra 4.1%, radioterapia 1.4% y quimioterapia 1.4%. La antigüedad con predominio de casos de depresión fue la correspondiente al rango de 10 años a 14 años 11 meses con un 37.8%, mientras que 97.3% de dichos casos refirieron no realizar pluriempleo, mostrado en el cuadro 3.

Cuadro 3. Características laborales: Sin depresión/ Con depresión

	Depresión (-) (n=146)	Depresión (+) (n=34)	p-valor*
Categoría			
Auxiliar de enfermera general	66 (45.21%)	16 (52.7%)	0.015*
Enfermera general	49 (33.5%)	13 (36.5%)	
Enfermera especialista	22 (15.07%)	2 (4.1%)	
Enfermera jefa de piso	9 (6.16%)	3 (6.8%)	
Turno			
Matutino	54 (36.9%)	11 (33.8%)	0.724
Vespertino	54 (36.9%)	13 (36.5%)	
Nocturno	38 (26.03%)	10 (29.7%)	
Área de trabajo			
Hospitalización	42 (28.7%)	16 (48.6%)	0.00*
Consulta externa	16 (10.9%)	4 (12.2%)	
Admisión médica continua	23 (15.75 %)	7 (21.6%)	
Quimioterapia	18 (12.3%)	1 (1.4%)	
Radioterapia	3 (2.05%)	1 (1.4%)	
Quirófano	23 (15.75%)	3 (9.5%)	
Otra	21 (14.3%)	2 (4.1%)	
Antigüedad			
1 a 4 años 11 meses	39 (26.7%)	11 (32.4%)	
5 años a 9 años 11 meses	33 (22.6%)	9 (27%)	
10 años a 14 años 11 meses	43 (29.4%)	13 (37.8%)	0.00*
15 años o más	31 (21.2%)	1 (2.7%)	
Pluriempleo			
Si	12 (8.22%)	2 (5.8%)	0.46
No	134 (91.7%)	32 (94.12%)	

*p<0.05; Chi-Cuadrado

En cuanto a las variables médicas/familiares el 85.2% negaron padecer alguna enfermedad crónica y el 47% contó con un índice de masa corporal correspondiente a sobrepeso. El 11.7% es cuidador primario de algún familiar enfermo, como se observa en el cuadro 4.

Cuadro 4. Características médicas/familiares: Sin depresión/ Con depresión

	Depresión (-) (n=146)	Depresión (+) (n=34)	p-valor*
Enfermedad crónica			
Si	23 (15.7%)	5 (14.7%)	0.54
No	123 (84.2%)	29 (85.2%)	
Cuidador primario			
Si	12 (8.2%)	4 (11.7%)	0.28
No	134 (91.7%)	30 (88.2%)	
Hijos			
Si	104 (71.2%)	19 (55.8%)	0.03*

No	42 (28.7%)	15 (44.12%)	
IMC			
Intervalo normal 18.6-24.9	35 (23.9%)	8 (22.2%)	
Sobrepeso 25-29.9	70 (47.95%)	16 (47%)	0.003*
Obesidad I 30.1-34.9	34 (23.2%)	6 (17.5%)	
Obesidad II 35-39.9	7 (4.79%)	1 (2.9%)	
Obesidad III >40	0	3 (8.8%)	

* p<0.05; Chi-Cuadrado

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue conocer la prevalencia de depresión en el personal de enfermería de la UMAE H. Oncología CMN SXXI, la cual fue de 18.8%, esta cifra es similar a la prevalencia encontrada en el estudio realizado al personal de enfermería por Lerma y cols, donde la prevalencia encontrada fue de 20.3%, de los cuales el 16.1% resulto con depresión leve y el 4.2% con depresión moderada, a diferencia de nuestro estudio donde el punto de corte inicio en depresión moderada a severa, con un 17.1 la moderada y un 2% la moderadamente severa. Las demás variables como turno, pluriempleo, si eran cuidadores primarios o si padecían enfermedades crónicas no se asociaron significativamente con depresión. Probablemente, no se encontró relación debido a un tamaño relativamente pequeño del estudio y las rotaciones del personal de salud en los servicios estudiados.

Asimismo, en otro estudio realizado en Chile por Urzua y cols, se encontró una prevalencia de síntomas depresivos del 66%, siendo esta alta probablemente debido a la temporalidad del estudio durante la pandemia en 2020, sin embargo, el instrumento utilizado también fue el cuestionario PHQ-9 con un punto de corte más bajo.

Un estudio que determinó la asociación entre depresión en el personal de la salud, incluyendo al de enfermería, y a la exposición de la COVID-19 realizado por Rendon y cols encontró una prevalencia del 32.2%, haciendo uso del mismo instrumento que el nuestro así como el punto de corte del cuestionario, con una prevalencia más alta durante el periodo de contingencia al encontrado en nuestro estudio, esta diferencia nos sugiere que debido a que la pandemia por la COVID-19 hubo un aumento en los factores de riesgo para síntomas depresivos y al ya haber concluido la emergencia sanitaria también condicionó una disminución

Este estudio cuenta con ciertas limitaciones, al ser un estudio transversal, establecer la causalidad de las variables no es posible, por lo tanto, factores asociados con la presencia o ausencia de depresión fueron inferidos.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería cumple con funciones y responsabilidades amplias en el cuidado del paciente y el otorgamiento de la mejor atención a los derechohabientes, por ello es de suma importancia mantener vigilancia y dar atención oportuna a su salud tanto física como mental.

Durante el periodo de pandemia se realizaron diversos estudios en hospitales públicos donde se integró al personal de salud en general para identificar sintomatología depresiva, dichos estudios incluían a personal de enfermería. En su mayoría, la prevalencia encontrada fue alta, por lo que es importante continuar el seguimiento una vez terminada la pandemia e identificar el estado actual de la sintomatología depresiva de esta población.

Este estudio cumplió sus objetivos y ayudará a priorizar a este personal en su diagnóstico tanto para utilizar instrumentos en esta población como para dar seguimiento a los casos identificados y encontrar factores de riesgo dentro de las áreas donde más casos de personal afectado fueron detectados como las áreas de hospitalización y admisión medica continua.

ANEXOS.

Anexo 1. Consentimiento informado.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)	
Nombre del estudio:	Prevalencia de depresión en personal de enfermería de la Unidad Médica de Alta Especialidad "Hospital de Oncología" Centro Médico Nacional Siglo XXI conforme al cuestionario PHQ-9.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Cuauhtémoc, Ciudad de México a ___ de ___ del año 2023
Número de registro institucional:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión es la enfermedad mental más común, por su cercanía al paciente, el personal de enfermería es más propenso que la población general a desarrollar dicha enfermedad. Se aplicará el cuestionario PHQ-9 para detectar esta enfermedad en el personal de enfermería de esta UMAE.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, proporcionará datos generales y responderá un cuestionario sobre su estado de ánimo en las últimas dos semanas.
Posibles riesgos y molestias:	Interrupción de sus actividades de manera temporal y breve.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar depresión de manera oportuna y en caso de encontrarla, será referido al servicio de Psicología del SPPSTIMSS para iniciar seguimiento. De ser necesario, podrá ser referido a la especialidad de Psiquiatría. Este estudio es principalmente en beneficio de la ciencia y sociedad. No recibirá pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. Su participación en este estudio es completamente voluntaria.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados estarán disponibles en el trabajo de investigación.
Participación o retiro:	Usted es libre de decidir si participa en el estudio y podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la relación laboral o la atención que recibe por parte del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione con datos de identificación será manejada de manera confidencial garantizando su privacidad, para la base de datos se utilizarán códigos de identificación y no se utilizarán sus datos.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO _____ NO ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO _____ En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dra. Brenda Vanessa González Márquez Tel. 5611715001 Correo: brendagonzm1@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del participante	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo _____ Nombre y firma	Testigo 2 _____ Nombre y firma
Clave: 2810-009-013	

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



Fecha: _____

Folio: _____

1.- Edad:	2.- Sexo: 1. Femenino 2. Masculino	3.- Estado civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre	4.- Categoría: 1. Auxiliar de enfermera general 2. Enfermera general 3. Enfermera especialista 4. Enfermera jefa de piso
5.-Turno: 1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno	6.- Área de puesto de trabajo: 1. Hospitalización 2. Consulta externa 3. Admisión médica continua 4. Quimioterapia 5. Radioterapia 6. Quirófano 7. Otra	7. Antigüedad (en años y meses) _____	8.- ¿Trabaja en otra institución pública o privada además del IMSS? 1. Sí 2. No

9.- Escolaridad

1. Técnica
2. Licenciatura
3. Posgrado

10.- ¿Padece alguna enfermedad crónico-degenerativa (diabetes, hipertensión, hipotiroidismo, cáncer)? 1. Si 2. No	11. ¿Tiene hijos? En caso de tenerlos, anotar el número total de hijos. 1. Sí _____ 2. No
--	--

12.- Es cuidador principal de algún familiar enfermo en casa?

1. Sí
2. No

Talla: _____

Peso: _____

IMC: _____

Cuestionario de salud del paciente PHQ-9

Indique con frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas, marque con una X el que considere su respuesta.

		Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Tener poco interés o disfrutar poco haciendo las cosas				
2	Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza				
3	Tener problemas para dormir o para mantenerse dormido o dormir demasiado				
4	Sentirse cansado/a o tener poca energía				
5	Tener poco apetito o comer en exceso				
6	Sentirse mal consigo mismo/a o sentirse fracasado/a				
7	Dificultad para concentrarse en actividades, como leer el periódico o ver la televisión				
8	Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O al contrario, sentirse tan nervioso o inquieto que se mueve más de lo habitual.				
9	Pensamientos sobre estar muerto/a o sobre hacerse daño a sí mismo de alguna manera.				

Calificación Final de la Escala PHQ-9 _____

(Para ser llenado por el investigador)

Agradezco su participación.

Dra. Brenda Vanessa González Márquez R3 Medicina del Trabajo y Ambiental.

brendagonzm1@gmail.com

CRONOGRAMA.

Actividades	Mes y año	Feb 2023	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Agosto	Sept Octubre	Nov	Dic	Enero 2024	Feb
Realización del protocolo	Programado									
	Realizado									
Revisión por los comités de ética e investigación	Programado									
	Realizado									
Recolección de datos	Programado									
	Realizado									
Análisis de resultados	Programado									
	Realizado									
Elaboración de discusión y conclusiones	Programado									
	Realizado									
Presentación de tesis y resultados	Programado									
	Realizado									

BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización mundial de la salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. World Health Organization. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Capapey J. El trastorno depresivo en Atención Primaria. [Internet] Med Integral 2002;40(6):256-66. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13038555>
3. IMSS CENETEC-Salud. (2015) Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
4. Cantero T, Ramírez-Páez L. Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión. [Internet] Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (6): 627-636. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im096h.pdf>
5. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Trastorno depresivo mayor, capítulo 6. American Psychiatric Association Publishing, 1000 Wilson Boulevard, Suite 1825, Arlington, VA 22209-3901, EE.UU
6. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. [Internet] Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Ginebra: OMS; 1996.
7. Organización Mundial de la Salud OMS. Depresión [Internet] 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=Se%20estima%20que%20el%203,personas%20sufren%20depresi%C3%B3n%20>
8. Expansión México. Aumentan los casos de depresión en México tras la pandemia de Covid-19, [Internet] 2023 Disponible en: politica.expansion.mx/mexico/2023/01/13/dia-mundial-contra-la-depresion-2023-aumentan-casos-mexico
9. Gómez C, Tamayo N. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental, Revista Colombiana de Psiquiatría, 452015., Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a08.pdf>

10. Lyness, J. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. [Internet] UpToDate 2019 (consultado 11 marzo 2023); 1-21 (9) Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?search=trastorno%20de%20depression%20mayor%20etiologia&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9%23H16
11. Simon G. Unipolar depression in adults and initial treatment: General principles and prognosis. [Internet] 2019, UpToDate. 1-11 (10) Sitio web: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-and-initial-treatment-general-principles-and-prognosis?search=trastorno%20de%20depression%20mayor%20pronostico&source=search_result&selectedTitle=26~150&usage_type=default&display_rank=26%23H221262
12. Castro S, Gómez C, Gil F. Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo. [Internet] Revista Colombiana de Psiquiatría, 2014. 42, 81-96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80638951005.pdf>
13. Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. [Internet] Revista de la Facultad de Medicina. 2017. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007
14. Lerma V, Rosales G. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. [Internet] Rev. CONAMED. 2009; (14) Supl 1:5-10. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3632361.pdf>
15. Instituto Nacional Para la Seguridad y Salud Ocupacional. La salud mental de los trabajadores de la salud. [Internet] (NIOSH) Disponible en: <https://www.cdc.gov/niosh/newsroom/feature/lasaludmental.html#:~:text=Los problemas de salud mental,salud mental no son nuevos.>
16. Tsaras K, Papathanasiou I. Predicting. Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional [Internet] StudyMED ARCH. 2018 FEB; 72(1): 62-67. Disponible en: <https://www.ejmanager.com/mnstemps/10/10-1516095694.pdf?t=1683255440>
17. Muñoz R Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. [Internet] Ansiedad y Estrés 2017,124–129.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-pdf-S1134793717300611>

18. Huarcaya V. Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. [Internet] Rev Neuropsiquiatr 2020, vol.83, (2)72-78. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000200072&lng=es&nrm=iso.
19. Bian C, Li C. Reliability and validity of patient health questionnaire: Depressive syndrome module for outpatients. . [Internet] Sci Res Essays. 2011;6(2):278–82.
20. Baader T, Molina J, Venezian S, Rojas C, Farías R. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. [Internet] Rev Chil Neuropsiquiatr 2012 Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272012000100002
21. Cassiani C, Vargas M, Reliability and dimensionality of PHQ-9 in screening symptoms of depression among health science students in Cartagena, . [Internet] Biomedica 2014. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28527273/>
22. Urtasun M, Daray F, Teti G. Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. [Internet] BMC Psychiatry. 2019;19(1):1–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31533674/>
23. Villarreal D, Copez A, Bernabé A. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. [Internet] PLoS One. 2019;1–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31498796/#:~:text=Valid%20group%20comparisons%20can%20be,across%20groups%20by%20demographic%20characteristics>
24. Bestard J, Larduet C O. Salud mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un hospital psiquiátrico. [Internet] 2019 (Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_2_98/san02298.pdf