



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSTGRADOS
MAESTRÍA DE EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia de ansiedad y depresión y sus determinantes sociales en el personal que labora en el área de emergencia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Abril-Junio 2021

**Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de
Magister en Epidemiología
Modalidad: Tesis**

Autor: David Eugenio Hernández Mendoza

CI: 0105473359

Correo electrónico: davide1525@hotmail.com

Director: Md. Carlos Fabián Abambari Ortiz.

CI: 0302060579

Cuenca – Ecuador

17-noviembre-2021



RESUMEN

Antecedentes:

La depresión es un estado afectivo de disforia caracterizado por tristeza, cansancio, baja autoestima e insomnio (1); mientras que la ansiedad es un estado psicológico y fisiológico caracterizado por componentes somáticos, emocionales y conductuales que crean nerviosismo y temor (2). En Ecuador, a nivel regional la depresión es la primera causa de discapacidad, con el 7,8% de la discapacidad total (3).

Objetivo general:

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión y sus determinantes sociales en el personal que labora en el área de emergencia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga, Cuenca, Abril –Junio 2021.

Metodología:

Es un estudio descriptivo de tipo transversal, de campo y no experimental. Se utilizaron tres instrumentos: Características sociodemográficas, Encuesta del nivel socio económico del INEC y Cuestionario de ansiedad-depresión de Hamilton. El análisis estadístico se realizó en la plataforma SPSS 21.

Resultados:

La población de estudio estuvo conformada mayormente por mujeres (60,2%), con una media de edad de 24,33 años. La profesión que predominó corresponde a enfermería (45,6%). Se determinó una prevalencia de ansiedad del 60,19%, entre leve (46,60%) y moderada (13,59%); y respecto a la depresión la prevalencia fue del 48,54%, con un 32,04% para depresión ligera y un 10,68% para depresión moderada. Con $p > 0.05$, no hubo asociación significativa entre los determinantes sociales con la ansiedad y depresión.

Conclusión:

La ansiedad, por su elevada prevalencia, es el problema de mayor preocupación en esta población de estudio, y se presenta en mayor medida que la depresión, no obstante, no se relaciona significativamente con los determinantes sociales.

Palabras claves: Prevalencia. Ansiedad. Depresión. Emergencia. Hospital.



ABSTRACT

Background:

Depression is an affective state of dysphoria characterized by sadness, tiredness, low self-esteem and insomnia; while anxiety is a psychological and physiological state characterized by somatic, emotional and behavioral components that create nervousness and fear (1, 2). In Ecuador, at regional level depression is the first cause of disability, with 7.8% of total disability (3).

General objective:

To determine the prevalence of anxiety and depression and their social determinants in the personnel working in the emergency area of the Hospital of specialities José Carrasco Arteaga, Cuenca, April -June 2021.

Methodology:

Descriptive study, Cross-sectional, field and non-experimental study. Three instruments were used: Sociodemographic characteristics, INEC socioeconomic level survey and Hamilton anxiety-depression questionnaire. Statistical analysis was performed in the SPSS 21 platform.

Results:

The sample consisted mostly of women (60.2%), with a mean age of 24.33 years. The predominant profession was nursing (45.6%). The prevalence of anxiety was 60.19%, ranging from mild (46.60%) to moderate (13.59%); and the prevalence of depression was 48.54%, with 32.04% for mild depression and 10.68% for moderate depression. With $p>0.05$, there was no significant association between social determinants with anxiety and depression.

Conclusions:

Anxiety, due to its high prevalence, is the problem of greatest concern in this study population, and is more prevalent than depression; however, it is not significantly related to social determinants.

Key words: Prevalence. Anxiety. Depression. Emergency. Hospital.



INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	6
CLÁUSULAS DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	7
AGRADECIMIENTO.....	8
DEDICATORIA.....	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
CAPÍTULO II	17
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	17
2.1 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	17
2.2 DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD	18
CAPITULO III	28
OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GENERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
CAPITULO IV.....	29
DISEÑO METODOLÓGICO	29
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	29
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	29
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO.....	29
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	29
4.5 VARIABLES.....	30
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS.....	30
4.7 INSTRUMENTOS, TABULACIÓN Y ANÁLISIS	31
CAPÍTULO V	33
5.1 DATOS SOCIODOMOGRÁFICOS DEL PERSONAL QUE LABORAN EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HEJCA	33



5.1.1 NIVEL DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL QUE LABORAN EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HEJCA	36
Figura 1. Niveles de ansiedad en el personal que laboran en el área de emergencia del HEJCA.....	36
Tabla 3. Nivel de ansiedad y razón de prevalencia según variables sociodemográficas de interés	37
5.2 NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL QUE LABORA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HEJCA	42
Figura 2. Niveles de depresión el personal que labora en el área de emergencia del HEJCA.....	42
Tabla 4. Nivel de depresión y razón de prevalencia según variables sociodemográficas de interés	43
CAPITULO VI	48
6.1 DISCUSIÓN	48
CAPITULO VII	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
7.1 CONCLUSIONES	51
7.2 RECOMENDACIONES.....	52
CAPITULO VIII	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
CAPITULO IX.....	63
ANEXOS	63
Anexo 1. Cuestionario sociodemográfico	63
Anexo 2. Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico.....	65
Anexo 3. Escala de ansiedad y depresión de Hamilton	69



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

David Eugenio Hernández Mendoza, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de la Tesis **“Prevalencia de ansiedad y depresión y sus determinantes sociales en el personal que labora en el área de emergencia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Abril – Junio 2021”**, de conformidad con el Art. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de la tesis en el repositorio institucional, de conformidad a los dispuestos en el Art. 114 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17 de noviembre del 2021.

David Eugenio Hernández Mendoza.

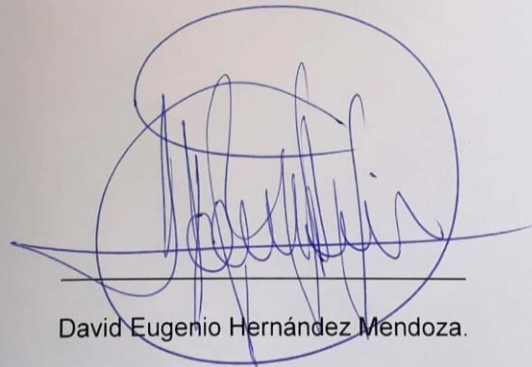
C.I: 0105473359



CLÁUSULAS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

David Eugenio Hernández Mendoza, Tesis “**Prevalencia de ansiedad y depresión y sus determinantes sociales en el personal que labora en el área de emergencia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Abril – Junio 2021**”, Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 17 de noviembre del 2021.



David Eugenio Hernández Mendoza.

C.I: 0105473359



AGRADECIMIENTO

Tengo muy claro por dónde empezar, gracias a la vida que me ha permitido conocer desde hace varios años atrás al maestro de maestros, al maestro que no lo ves pero lo sientes, a ese ser superior que nunca me falla y nunca me abandona, al ser supremo que me consuela cuando desmayo y me renueva cuando lo necesito, al maestro que con su amor infinito e incondicional me levanta cuando caigo, él tiene un corazón tan grande que aunque yo le fallo muchas veces él siempre está ahí para perdonarme, yo puedo acudir a él cuando lo necesite, disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana, lo amo y lo acepto como mi salvador, doy testimonio de su existencia de su poder y su de su gloria, y como no referirme a su grandeza y su nombre es **“JESUS”**.

Después agradezco infinitamente a mi maestro “JESUS” por enviarme a la mejor familia del mundo, mi familia conformada por 3 seres humanos extraordinarios: mi amada esposa “Lupe” y mis dos amados hijos “Maite e Isaías”.

Muchas gracias familia por el apoyo incondicional entregado hacia mí, gracias por el amor desinteresado, gracias por la comprensión y paciencia que han tenido durante estos años, perdón por ausentarme muchas veces y no poder compartir con ustedes momentos especiales, debido a múltiples actividades adquiridas como el trabajo y estudio, tratando de buscar un mejor futuro para todos nosotros.

Gracias amada familia por la confianza depositada en mí, gracias por confiar en mis capacidades físicas e intelectuales, nunca trate de defraudales y esto se vio reflejado en mi perseverancia, dedicación, esfuerzo y humildad, para poder llegar a una meta planteada y culminar exitosamente un programa de estudios duro y complejo, estoy más que seguro que sin su ayuda no lo hubiese logrado.

No puedo terminar sin antes agradecer a mi director de tesis, estimado Sr. Doctor Carlos Fabián Abambari Ortiz, prestigioso medico epidemiólogo e investigador, un galeno con vasta experiencia y trayectoria, posee un dominio y conocimiento minucioso en el área de la epidemiología, él ha venido guiando mi trabajo de investigación de una forma rigurosa, constante y responsable, enriquecedora en cada sesión de trabajo conjunto, agradezco por su tiempo, dedicación y conocimientos puestos en este trabajo de investigación.

Muchas gracias a todos y cada uno de las personas que de una u otra forma conformaron parte de esta travesía llamada Epidemiología.

Muchas gracias y que mi “DIOS” le bendiga a cada uno de ustedes y derrame muchas salud y prosperidad en sus vidas.



DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación, está dedicado a una parte fundamental en mi vida que ha sido un pilar indispensable en cada paso que doy llamado “ **Mi amada familia**” formado por tres personas claves y sumamente importantes para mí, una de ellos mi amada esposa “Lupe” que ha sido una pieza clave en mi vida, ella es quien me ha sostenido en momentos difíciles y de dolor, me ha levantado cuando me he caído y ha creído en mi cuando nadie lo hacía, me apoyado incondicionalmente y me ayudado a ser un mejor ser humano, mejor persona, mejor esposo, mejor padre y mejor profesional, ella es una gran esposa, compañera y amiga ha sido mi complemento y mi fortaleza, gracia doy a “JESUS” por ponerte en mi camino y por compartir esta vida que “DIOS” nos regala día a día, no sé hasta cuándo pero si sé que caminamos de la mano juntos en una misma dirección, solo tengo tres palabras que decirte “**DIOS TE PAGUE**” por todo lo que has hecho por mí.

Y como no dedicar estas pequeñas líneas a dos pequeñas personas que “Jesús” me envió para aprender a amar de forma desinteresada, pura y sincera, ellos son mis amados hijos “Maite e Isaías” ellos han sido el motor fundamental que me levanta día a día y me impulsa a ser mejor persona, por ellos aprendí a no rendirme jamás, a no conformarme, a no darme por vencido y a triunfar con humildad, constancia y dedicación, hoy más que nunca sé que los planes y el tiempo de Dios es perfecto, cada cosa llega a su debido tiempo, doy gracias a mi ser Supremo por la familia que me envió, gracias familia por la comprensión que tuvieron conmigo, cuando me ausentaba días y noches mientras trabajaba y estudiaba en busca de un futuro mejor para todos nosotros, no tengo palabras para agradecer todo lo que ustedes mi familia han hecho por mí solo espero que algún día pueda retribuir de alguna manera toda su paciencia y apoyo hacia mí.

Bueno no tengo más palabras que decir, solo agradecer a todas las personas que de una u otra forma me acompañaron en esta travesía llamada vida, “DIOS LES PAGUE” espero seguir contando con ustedes hasta que el momento en que mi maestro pida que regrese del lugar de donde salí .

Muchas gracias y que mi “DIOS” les bendiga a cada uno de ustedes y derrame muchas salud y prosperidad en sus vidas.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La depresión es un estado afectivo de disforia caracterizado por un estado de ánimo persistente de tristeza (1) junto con otros síntomas como irritabilidad, baja energía, cansancio, fatiga, baja autoestima, insomnio o hipersomnia, poco o mucho apetito, pérdida o aumento de peso, pobre concentración y dificultad para tomar decisiones (4). Daña en forma significativa las relaciones con la familia, los amigos y la participación en el mundo laboral, y de no resolverse a tiempo la depresión puede conducir al suicidio, siendo los jóvenes en edades entre los 15 y 29 años los más afectados (5).

La ansiedad es un estado de agitación o inquietud del ánimo, y supone una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, llegando a ser una emoción complicada y displacentero que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (2). Este estado de ánimo generalizado puede ocurrir ante estímulos externos percibidos como amenazantes, pero ocurre con frecuencia sin un estímulo que lo provoque. Su focalización es interna y puede ser una respuesta a un peligro de naturaleza distante, vaga o irreconocible e impreciso (4). Al igual que la depresión, los síntomas pueden ser de leves a severos. La duración de los síntomas que presentan habitualmente las personas con trastornos de ansiedad los convierte en trastornos crónicos, más que episódicos (6).

Los trastornos depresivos y de ansiedad, en general, se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (6,7). De acuerdo a Montesó-Curto y Aguilar-Martín(8), la depresión en las mujeres disminuye a partir de los 65 años y aumenta para los varones a partir de los 65 años, ya que es la etapa donde los cambios físicos y psicológicos afectan con más intensidad a los varones mayores, y porque se ven más afectados por la soledad. Los adultos mayores, a raíz de la pandemia por COVID-19, especialmente en aislamiento y aquellos con deterioro cognitivo/demencia, pueden volverse más ansiosos, enojados, estresados, agitados y retraídos durante el brote o mientras están en cuarentena (9).



La tasa de prevalencia mundial y por región de la OMS en trastornos de ansiedad y depresión, indican que, en el 2015, el 4,4% de la población sufría un trastorno depresivo y un 3,6% trastorno de ansiedad. Esta tasa mundial de prevalencia varía levemente entre las regiones de la OMS: con respecto a la depresión, las tasas varían de 3,6% en la Región del Pacífico Occidental a 5,4% en la Región de África, y en el caso de los trastornos de ansiedad, las tasas varían de 2,9% en la Región del Pacífico Occidental a 5,8% en la Región de las Américas. Dado que muchas personas presentan ambas condiciones simultáneamente (comorbilidad), sería inapropiado simplemente sumar estas dos cifras para obtener una cifra total con respecto a los trastornos mentales comunes (6).

Lozano-Vargas (10) presenta los resultados de un estudio realizado en China para medir la ansiedad en el personal de salud como consecuencia de la pandemia por COVID-19. En el cual, la prevalencia de ansiedad fue del 23,04%, siendo mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras que entre los médicos. Asimismo, menciona que en la población general de China se observó un 53,8% de impacto psicológico moderado a severo; un 16,5% de síntomas depresivos, un 28,8% de síntomas ansiosos y un 8,1% de estrés, todos entre moderados y severos.

El personal de salud realiza su labor en entornos estresantes (7) al enfrentarse a una enorme presión de trabajo en el día a día, esta presión incluye el estar expuestos a un alto riesgo de sufrir contagios por la infección por COVID-19 (10). Así, esta situación ha causado problemas graves de salud mental de los individuos como el estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor (11). Esta pandemia ha ejercido niveles extraordinarios de estrés psicológico sobre los trabajadores de la salud, los cuales viven con el miedo constante de estar expuestos al virus mientras están aislados de sus familias y se enfrentan a la estigmatización social (12). Por ello, es muy importante proteger la salud física y mental de los profesionales de la salud y el personal en general. (12).

En ese sentido, se sabe que estos factores agravantes han sido los causales de situaciones emergentes que amenazan a la salud física y mental de las personas,



desencadenando una amplia variedad de problemas psicológicos, como el trastorno de pánico, la ansiedad y la depresión. Al no contar con información, y mucho menos con una base de datos actualizada sobre la salud mental del personal que labora en el departamento de emergencia del hospital de especialidades José Carrasco Arteaga, es pertinente proporcionar datos concretos y actualizados para la toma de decisiones acertadas. Además, es importante implementar políticas públicas de intervención en el área de salud mental importantes y de relevancia para así poder enfrentar esta problemática de manera efectiva y eficiente.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial la depresión es un trastorno mental frecuente, la cual afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, considerada por la OMS como la principal causa mundial de discapacidad y contribuye a la carga mundial general de morbilidad (13). Afecta más a la mujer que al hombre, y en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio, cada año se suicidan cerca de 800.000 personas, siendo esta la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (5,13).

Resultados preliminares de investigaciones indican que, en 2017, la OMS, reportó estimaciones del número de casos de desórdenes depresivos en países de América Latina. Así, en el Brasil se reportaron 11'548.577 casos, equivalente a 5.8% del total de su población. En Paraguay se reportaron 332.628 casos, equivalente a 5.2% de su población. En Chile fueron reportados 844. 253 casos, equivalente a 5.0% de su población, seguido por Uruguay que reporto 158. 005 casos, equivalente a 5.0% de su población (14).

Perú reporto 1'443.513 casos de desórdenes depresivos, equivalente a 4.8% de su población. Colombia reporto 2'177.280 casos, equivalente a 4.7% de su población. En Argentina fueron reportados 1'914.354 casos, equivalente a 4.7% de su población. En Ecuador se reportaron 721.971 casos, equivalente a 4.6% de su población. En Bolivia se reportaron 453.716 casos, equivalente a 4.4% de su



población, y finalmente en Venezuela se reportaron 1'270.099 casos un equivalente a 4.2% de su población (14).

En Ecuador, a nivel regional la depresión es la primera causa de discapacidad, con el 7,8% de la discapacidad total. Así mismo, se evidencia un patrón subregional de mayor discapacidad en América del Sur: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia, son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión (3).

Según la O.M.S. en la Región de las Américas se dispone de datos probatorios sobre el modo en que los determinantes sociales de la salud influyen en una amplia gama de resultados en materia de salud y de actividades encaminadas al logro de la salud universal. El análisis de estos determinantes reviste particular importancia en esta Región dado que la inequidad y la desigualdad en materia de salud siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo sostenido (6, 20).

Las personas que viven en la Región de las Américas suelen verse afectadas de manera desproporcionada por las condiciones deficientes de la vida cotidiana, causadas por los factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnicidad, normas culturales, ingresos, educación, ocupación). Estas condiciones y factores son la causa de las desigualdades y las inequidades generalizadas y persistentes en materia de salud en todo el continente (6, 9).

Las enfermedades de salud mental han sido catalogadas dentro de enfermedades no transmisibles (ENT), estas constituyen un importante reto para el desarrollo sostenible en el siglo XXI. Las ENT representan una carga de enfermedad considerable en la Región de las Américas en lo que respecta al porcentaje de mortalidad y a la repercusión sobre las tasas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (6, 9,20).

Al observar la mortalidad proporcional en la Región, la carga de ENT parece alarmante, con una proporción general de mortalidad atribuida a las ENT que varía



entre el 60% y el 89%. De hecho, en la Región existen diferencias significativas en los AVAD de un nivel de ingresos a otro. Asimismo, hay una gran correlación entre niveles bajos de escolaridad y tasas elevadas de ENT en los países de ingresos bajos, medianos y altos. Dada esta situación, ha habido un cambio hacia las intervenciones centradas en los factores de riesgo y sus determinantes ambientales, económicos, sociales y conductuales conexos (6,9).

Además, es necesario tomar en consideración los contextos específicos por país al encarar las ENT en vista de las características dispares de la inequidad y la desigualdad entre los países y dentro de estos. Los cambios demográficos son motivo de preocupación, al igual que la repercusión de la creciente prosperidad económica en la salud individual, una vez que se sobrepasa un umbral particular (6, 9,20).

En un estudio del 2016 sobre la situación socioeconómica y la salud de los adolescentes se descubrió una correlación positiva entre la situación socioeconómica y el comportamiento de las personas, que está asociado con el riesgo de ENT. En estos casos, la salud no siempre va de la mano de la riqueza, lo que destaca la naturaleza compleja de las desigualdades y los determinantes sociales de la salud (6,9).

En otro estudio realizado por Gómez - Benjamín V. et. al. (7) sobre determinantes biopsicosociales de depresión en personal atendidos en Centros de Atención de salud en la Concepción - Chile, demuestran que el sexo femenino se relaciona con un mayor riesgo de presentar depresión en el seguimiento con un OR de 2,368, así como el estar estudiando al momento de la evaluación inicial se asoció a riesgo aumentado de deprimirse en el seguimiento (OR=2,414, $p = < 0,05$). Además no se encontró correlaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas edad, ocupación y tener una relación de pareja al momento de la evaluación inicial (7).

El personal de la salud es un grupo especialmente expuesto en padecer problemas de salud mental debido al estrés y sobrecarga a la que están sometidos (7,10). Por ello, la presente investigación planteo la siguiente pregunta de



investigación: ¿Cuál es prevalencia de ansiedad y depresión y sus determinantes sociales en el personal que labora en el área de emergencia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Este estudio se justifica científicamente sobre la necesidad de contar con datos locales sobre la salud mental del personal que laboran en esta casa de salud, específicamente en el área de emergencia, ya que, según la OMS, los trastornos por depresión y ansiedad son problemas de salud mental afectan la capacidad del trabajo y la productividad de las personas que lo padecen.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2015, en el Ecuador 2.088 personas en Ecuador fueron atendidas por enfermedades depresivas en los establecimientos del ministerio de salud pública, de los cuales el 64% de personas atendidas fueron mujeres. La edad varía entre los 19 a 59 años son las edades en las que más se registraron personas que fueron atendidas por episodios depresivos con el 73,5% de los casos. Además, en ese mismo año, 1.073 personas se suicidaron: 807 hombres y 266 mujeres (15).

La presente investigación se enfocó en estudiar al personal que labora en el área de emergencia del hospital de especialidades José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, siendo este un grupo poblacional vulnerable. Hasta la presente fecha, datos epidemiológicos oficiales sobre problemas de salud mental en el personal de esta casa de salud no están disponibles o no existen; por lo tanto, se desconoce cuál es la verdadera magnitud del problema, por consiguiente, no habrá como responder ante esta problemática actual. Los datos obtenidos en este estudio permitirán ampliar el conocimiento científico de los investigadores y profesionales de la salud, sobre todo problemas de salud mental en áreas emergentes y tomar las debidas correcciones y acciones en post del bienestar del personal.

Dentro de las “Prioridades de investigación en salud 2013-2017” (16) las cuales tienen como objetivo la optimización de recursos para realizar investigación e



impactar positivamente en la calidad de la misma, se encuentra la investigación de la salud mental y trastornos del comportamiento para lograr los objetivos del Buen Vivir.

Socialmente, se justifica en virtud de que, esta investigación proporcionó datos para el abordaje de problemas de salud mental, específicamente de la ansiedad y depresión, en el personal que labora en el área de emergencia de la casa de salud mencionada; los daños mentales del personal que labora en esta institución son inciertos y se necesita precautelar la salud los mismos.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

2.1.1 Ansiedad

De acuerdo a la OMS la prevalencia en el trastorno de ansiedad a lo largo de la vida es del 14.3%. Este último dato coincide con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2015 en México, que muestra que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentemente encontrados en el personal sanitario por su alto nivel de exposición a situaciones extremas (17). Se considera un estado emocional desagradable que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. El trastorno de ansiedad tiene una prevalencia es del 12%, esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son de los que más temprano inician, con una mediana de 15 años de edad, y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres; además, está muy relacionado a la actividad laboral que realiza la persona (2, 4,7).

2.1.2 Depresión

Núñez y Palomino (14), citan a la OMS donde destacan a la depresión como el principal trastorno incapacitante a nivel mundial y la principal causa de suicidio. Además, los autores presentan los resultados de varias investigaciones llevadas a cabo en América Latina sobre este tema; las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un período de 12 meses, en Chile, Brasil y México, variaban entre 4,5% y 7,1%. En Brasil, la prevalencia de episodios depresivos en el último mes fue de 4,5%, mientras que en Chile la prevalencia en los últimos 6 meses fue de 4,6%. En el estudio mexicano se encontró una incidencia de 1,3% en los 12 meses previos al estudio.

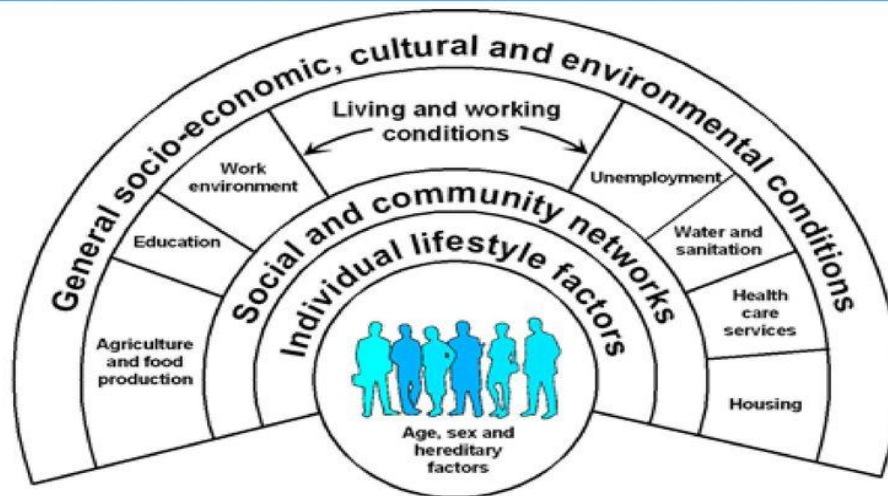
Desde el punto de vista de la profesión, estudios en Latinoamérica han demostrado que, entre el personal de enfermería y médicos residentes de distintas



especialidades, un 30,2% y un 43,3% de los profesionales presentaban síntomas de ansiedad, y entre un 13% y un 44,4% de depresión (1). En un estudio previo durante el brote agudo de SARS, el 89% del personal de la salud que se encontraban en situaciones de alto riesgo informaron síntomas psicológicos (18). La respuesta psicológica del personal de la salud es complicada, las fuentes de angustia pueden incluir sentimientos de vulnerabilidad o pérdida de control y preocupaciones sobre la salud de uno mismo, de la familia y otros, cambios en el trabajo y el aislamiento (18). En Ecuador, según el proyecto de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, el 30% de las personas que se han autolesionado o suicidado tenían un antecedente relacionado a la depresión; cada cien personas sufren algún problema de salud mental, siendo el más común en el país es la depresión (8 de cada 100) seguido por la ansiedad (5 de cada 100) (19).

2.2 DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD

¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud?



La OMS (20) indica que los determinantes sociales de la salud intentan explicar que las desigualdades se manifiestan en los resultados en salud para diversos grupos de la sociedad. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las



condiciones de trabajo, la singularidad del medio construido y la condición del medio natural en que vive la población. Según el carácter de esos entornos, varían para cada grupo, haciéndolos vulnerables a la enfermedad.

La OMS (20) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"

Para superar los obstáculos y lograr progresos, es indispensable que las políticas sociales reconozcan la función de género como un fuerte determinante estructural de la salud. Por ejemplo, las mujeres tienen costos de salud mayores que los hombres debido a su mayor utilización de los servicios de atención de salud. Al mismo tiempo, las mujeres corren un mayor riesgo que los hombres de ser pobres, desempleadas o estar contratadas en trabajos que no ofrecen prestaciones de atención de salud (20).

Para actuar con respecto a los determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas sobre la base de la equidad, es necesario reconocer las causas complejas y a menudo duraderas de la mala salud y la inequidad en materia de salud mediante la investigación desde las ciencias sociales y la epidemiología (20, 22).

Al abordar las «causas de las causas» que son fundamentales para la buena y la mala salud, el enfoque de los determinantes sociales de la salud puede eliminar algunos de los principales obstáculos que repercuten en la salud y resolver algunos de los problemas de salud de más difícil solución en la Región que están estrechamente vinculados con las dimensiones de la inequidad, y apoyar así la transición progresiva hacia la salud universal (20,23).

El concepto de la salud como derecho humano fundamental, consignado en la Carta de Ottawa de 1986 (21) indica que las conductas del ser humano son el resultado de la interacción entre variables individuales, sociales y ambientales, por



ello se ha tomado conciencia de la necesidad de modificar los enfoques en salud, siendo hoy el predominante en salud el denominado "Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud".

Las nuevas exigencias y demandas que la epidemiología recibe en el área de la salud mental no permiten continuar pensando el proceso de salud-enfermedad a través de los elementos conceptuales y analíticos que propone la bio-medicina, sino que sostiene como desafío reubicar el concepto en la inter fase entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, constituyendo allí la noción de sujeto una pieza clave (22). Ahora, las concepciones de salud mental que se configuran a partir de los enfoques de los determinantes sociales, soportan dichas concepciones y sus implicaciones para la intervención en el campo de la epidemiología (23).

2.2.1 Ansiedad - depresión y determinantes sociales

De acuerdo a Ramírez et al. (24) los determinantes sociales se dividen dentro de una escala social tal que a medida que se disminuye en la escala social y en las condiciones de vida, aumenta la prevalencia en enfermedades. Dichos autores mencionan que la clasificación de estos determinantes se da en dos grupos: estructurales (los productores primarios de estratificación social o disgregación) e intermedios (las condiciones materiales de vida).

Por otro lado, desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan salud, lo que se conoce como "determinantes sociales". Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, tomamos especial relevancia en esta investigación el modelo holístico de Laframbroise, desarrollado por Marc Lalonde (23,24).

Es por ello que se requiere un paradigma integrador, una operación para la que es indispensable un marco interpretativo del sujeto que, si bien son ideas, constituyen a su vez una expresión del mundo material y del trabajo de articulación lógica que posibilita la observación de dicha base material y la praxis (23).



Visto así el orden de cosas, la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino a un proceso complejo, socialmente determinado, aspecto que muchas veces desaparece del pensamiento en la salud pública, debido al predominio de una visión biomédica, que reduce la problemática al estrecho límite de los trastornos o malestares individuales, su curación y la prevención individual(22-24).

La determinación social va y viene dialécticamente entre las dimensiones general, particular y singular: se reproduce de lo general a lo particular, y se genera de lo particular a lo general. En el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social-natural, o social-biológico ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado que es la naturaleza (23,24).

En este contexto, Rodríguez-Yunta (25) indica que dentro de los determinantes estructurales se encuentran la educación, el ingreso, la cohesión social, la etnia o el género; y en los determinantes intermedios las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los alimentos, los comportamientos de las personas y las barreras para adoptar estilos de vida saludables.

Por otro lado, autores como Santos Padrón (26) clasifica a los determinantes sociales en factores determinantes materiales como son la raza, educación, ocupación, medio ambiente y accesibilidad a los servicios de salud; y en factores determinantes psicosociales referente a las etapas de la vida y estilos de vida como por ejemplos los hábitos. Estos últimos son más usados en análisis de cohorte en periodos de tiempo largos, por ello no fueron considerados en el presente estudio.

El estudio de los orígenes de la depresión ha permitido conocer que es multicausal, y que en su aparición intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Es así como se puede decir que tanto el fenotipo intermediador (híper-reactividad genética al estrés) como las experiencias



tempranas vividas por el individuo actúan como factores predisponentes de la depresión, ya que modulan la respuesta más o menos aguda de estrés desencadenada por los acontecimientos estresantes, la cual, a su vez, es considerada precursora de la depresión(27).

Así mismo, el ambiente social inmediato actúa como facilitador de la aparición y agudización de la depresión, más que como desencadenante. Es decir, que eventos sociales adversos, considerados parte del ambiente social, facilitan la aparición de una respuesta desproporcionada a la magnitud del evento, y que el evento en sí mismo solo tiene un cierto nivel potencial dañino, dependiente de las condiciones socioeconómicas, el grado de soporte social, y los roles de género ejercidos, entre otras.

Varios estudios demuestran que, desde el punto de vista de la profesión en Latinoamérica, el personal de enfermería y médicos residentes de distintas especialidades, se ha observado que entre un 30,2% y un 43,3% de los profesionales presentaban síntomas de ansiedad y entre un 13% y un 44,4% de depresión (7,10). El personal sanitario es un grupo especialmente expuesto a padecer problemas de salud mental debido al estrés y a la sobrecarga a la que están sometidos (28).

Otro estudio de prevalencia revela que, los síntomas depresivos y de posible depresión son mayor en el personal de la salud, dentro de los trastornos del estado de ánimo diagnosticados en la población de estudio, aquellos relacionados con estados depresivos fueron los mayormente reportados en el grupo de enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería, con una prevalencia del 50% y 74.4%, respectivamente (29,30).

2.2.2 Edad, ansiedad y depresión

Manle et al. (31) en su estudio indican que la sabiduría convencional sostiene que la ansiedad se vuelve más rara con la edad, y en los casos en los que se produce hay una enfermedad depresiva subyacente, además que los trastornos de ansiedad son menos frecuentes en los ancianos que en los adultos más jóvenes y destaca la elevada tasa de comorbilidad con la depresión.



Jorm A.F (32) en su estudio realizado a una población general con edades comprendidas entre los 30 y los 65 años, demostró que no hubo un patrón consistente entre los estudios para las diferencias de edad en la aparición de ansiedad, depresión o angustia. La tendencia más común encontrada fue un aumento inicial en todos los grupos de edad, seguido de una caída. Afirman que existe alguna evidencia de que el envejecimiento está asociado con una reducción intrínseca de la susceptibilidad a la ansiedad y la depresión; y que los posibles factores son la disminución de la capacidad de respuesta emocional con la edad, el aumento del control emocional y la inmunización psicológica a las experiencias estresantes.

Los médicos jóvenes tienen menor exposición, pero poseen menos preparación en habilidades psicosociales, y capacidad para abordar grandes demandas psicoafectivas de los pacientes (28).

2.2.3 Sexo, ansiedad y depresión

Según Faravelli et al. (33) basándose en estudios bibliográficos, menciona que la prevalencia de los trastornos afectivos a lo largo de la vida era mayor, aproximadamente el doble, en las mujeres. El patrón edad-sexo para los trastornos afectivos se observó sólo durante la edad fértil, mientras que después de la menopausia el riesgo de nuevos casos es similar en los dos géneros, además presentan la hipótesis que sostiene que los hombres y las mujeres presentan diferentes factores de riesgo ambientales (por ejemplo, adversidades en la infancia, factores psicosociales y económicos).

Así mismo, Holwerda et al. (34) en concordancia con la literatura expone que las prevalencias de ansiedad y depresión en las mujeres fueron significativamente más altas que las de los hombres. No obstante, en cuanto a la depresión, una gran proporción de hombres deprimidos había muerto después de diez años de seguimiento, mientras que en las mujeres esta proporción era claramente menor, pero aún considerable.



Lozano-Vargas (10) en su estudio, sobre la salud mental del personal de salud, indica que la tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres; y los puntajes de ansiedad femenina fueron más altos que en los hombres.

De manera similar, Gómez-Martínez et al. (7) citan a diferentes autores, cuyos resultados muestran un mayor grado de afectación emocional en mujeres, tanto de ansiedad como de depresión; los resultados indican que el hecho de ser mujer predice una mayor posibilidad de presentar problemas de ansiedad. Así lo evidencia también Lai et al. (18), quien indica que ser mujer se asocia con síntomas graves de depresión, ansiedad y angustia.

2.2.4 Instrucción, ansiedad y depresión

Según el estudio de Bjelland et al. (35) en una muestra de 50.918 adultos, se examinaron las asociaciones transversales entre el nivel educativo y los niveles de síntomas de ansiedad y depresión, estratificados por edad. Los autores demostraron que el bajo nivel educativo se asoció significativamente tanto con la ansiedad como con la depresión. Los coeficientes disminuían con el aumento de la edad, excepto en el grupo de edad de 65-74 años, y concluyen que un mayor nivel educativo parece tener un efecto protector contra la ansiedad y la depresión, que se acumula a lo largo de la vida.

En el estudio de Lai et al. (18) realizado entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por COVID-2019, determinó que tener un título técnico intermedio se asoció con síntomas de depresión severa, ansiedad y angustia.

Un estudio realizado en Cuba por Corona Miranda et al. (36) demostraron que el personal que no tenía un nivel de escolaridad terminado y los que sólo tenían la primaria concluida fueron los más afectados en relación a la ansiedad, lo que concuerda con otros estudios que los autores citan, pues sostienen que conforme se incrementa el nivel de escolaridad disminuye la prevalencia de depresión.

2.2.5 Estado civil, ansiedad y depresión

Varios estudios mostraron que las personas que han pasado por una ruptura de pareja y trabajaban en alguna casa de salud, obtuvieron mayor sintomatología



depresiva y ansiosa; se podría defender el hecho de pasar por una ruptura de pareja puede afectar de manera global a la vida psíquica y afectiva de los individuos, teniendo un impacto serio en la salud. Se ha demostrado en una investigación que mantener una relación en parejas mediante conflictos sostenidos presenta graves consecuencias en su salud física y emocional (37).

2.2.6 Residencia, ansiedad y depresión

El personal de salud que labora en el área de emergencia y que viven en zonas urbanas refiriere mayores porcentajes de trastornos emocionales que aquellos que viven en zonas rurales. Vivir en una ciudad aumenta en un 21 % la probabilidad de padecer trastornos de ansiedad al ser un factor de riesgo para sufrir depresión. Los estilos de vida en la ciudad, sus factores de riesgo, los horarios transporte, ruido, contaminación, la falta de espacios verdes y otros aspectos urbanísticos generan mayor estrés, además factores sociales relacionados con el costo de la vida diaria, la violencia, el sedentarismo y otros que pudieran aumentar los síntomas de depresión/ansiedad sean más frecuentes (38).

2.2.7 Etnia, ansiedad y depresión

Pertenecer a una raza/etnia puede limitar las posibilidades de ascenso social y, consecuentemente, restringir el acceso a servicios de salud, educación, vivienda y saneamiento, entre otros beneficios sociales. En ese sentido Santos Padrón (26) sugiere que en los estudios sobre desigualdades socioeconómicas y en particular, cuando se refieren al proceso salud-enfermedad, se incorpore con más frecuencia el factor raza o etnia, como dimensión analítica.

Varios estudios realizados en trabajadores de la salud, indican que la etnia de los latinoamericanos se ha identificado como un grupo de alto riesgo a nivel mundial. Los afroamericanos tienen más probabilidades de manifestar enfermedades de salud mental relacionada al estigma por el color de su piel siendo más propensos de desarrollar ansiedad y depresión. Los indígenas expresan síntomas de depresión de manera muy diferente según reporte de varios estudios (39).



2.2.8 Profesión, ansiedad y depresión

Se refiere a la posición del individuo dentro de la estructura social, lo que contribuye a protegerlo de determinados riesgos laborales, les facilita el acceso a los recursos sanitarios, contribuye a producirle diferentes niveles de estrés psicológico y puede influir en su comportamiento o en la adopción de estilos de vida saludable (26).

Diversas investigaciones han demostrado que el personal de la salud, como médicos y enfermeros, es más propenso a desarrollar enfermedades mentales debido al número elevado de horas de trabajo, el número de turnos de noche, exigencias o demandas psicológicas relacionadas con la asistencia a los pacientes. Uno de los grupos profesionales más afectados por el estrés es el personal de enfermería, por la gran responsabilidad que asume en horas laborales, la sobrecarga de trabajo y el continuo contacto con pacientes críticos (40).

En el estudio de Lozano-Vargas (10), la tasa de ansiedad entre las enfermeras fue mayor que la de los médicos; y los puntajes de ansiedad de las enfermeras fueron mayores que la de los médicos.

2.2.9 Nivel socio – económico, ansiedad y depresión

Estudios previos muestran que el personal que labora en salud y vive con limitaciones económicas, además de ver reducidas sus posibilidades de acceder a opciones educativas (pregrado - postgrado), de vivienda, trabajo, salud y recreación; tienden a reportar problemas de salud mental; parece que la situación de pobreza actúa como estresor crónico y afecta la capacidad de afrontar el estrés; incluso el apoyo social recibido se ve disminuido debido a la necesidad de suplir exigencias de supervivencia de cada uno de los miembros del grupo familiar casi de forma individual(11,41).

2.2.10 Tiempo de trabajo en la institución, ansiedad y depresión

Se revisó bibliografía y no hay evidencia científica suficiente sobre estudios previos publicados relacionada a ansiedad y depresión y su vinculación al tiempo



de trabajo en una institución de salud, por lo que creemos importante esta variable a nuestra investigación.

Gómez-Martínez et al. (7) muestran que son las mujeres, que ocupan el puesto de médico en la Unidad y con mayor experiencia tanto en la profesión como en unidades críticas, son las que presentan niveles más altos tanto de ansiedad como de depresión.

2.2.11 Tiempo de trabajo en el área hospitalaria, ansiedad y depresión

El personal de salud que labora mayor tiempo de permanencia en una cierta área predispone a un agotamiento físico como emocional mucho más frecuente (28). El personal de salud, que labora durante muchos años en un área crítica, está expuesto a un alto grado de estrés por la gran responsabilidad del trabajo que desempeña; por ello, el número de años trabajados en los servicios de urgencias o emergencias son factores perjudiciales para la salud mental (42).

Durante la pandemia causada por COVID-19 los trabajadores de salud tuvieron que aumentar su carga de trabajo debido a un gran volumen de pacientes por COVID-19; por lo tanto, la sobrecarga y la fatiga extrema desafiaron aún más el sistema inmunitario entre los profesionales de la salud (43). Para Gómez-Martínez et al. (7), la variable edad junto con la experiencia predicen el riesgo de presentar síntomas de depresión, mostrando que las personas mayores con más experiencia en el puesto dentro del servicio son más vulnerables a presentar elevados niveles de depresión.

2.2.12 Tipo de contrato laboral, ansiedad y depresión

Apenas existe información sobre el tipo de contratación laboral, la información obtenida es escasa, lo que sabe es que el personal que labora en el área de la salud aduce efectos nocivos en la salud física, mental y sufrimiento emocional. Se ha visto que quienes tienen un empleo inseguro sufren deterioro en la salud física y mental (ansiedad y depresión) que los que tienen empleo formal y seguro. Se sabe que la precariedad laboral afecta sobre los trabajadores de la salud y produce problemas de salud mental que aparecen más estrechamente asociados al nerviosismo, la ansiedad, la depresión, el miedo, el sufrimiento (44,45).



CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión y sus determinantes sociales en el personal que labora en el área de emergencia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga, Cuenca, Abril –Junio 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población según variables socios demográficos y laborales.
2. Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal que labora en el área de emergencia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga.
3. Correlacionar los determinantes sociales y laborales con ansiedad y depresión.



CAPITULO IV DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

La metodología que se presentó en este trabajo de investigación es descriptiva de corte transversal, de campo y no experimental. Incluyó, además, todos los aspectos bibliográficos que dieron soporte a los planteamientos presentados.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

Área de emergencia del hospital de especialidades José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca-Ecuador.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA DE ESTUDIO

El universo estuvo conformado por todo el personal de salud que labora en el área de emergencia del hospital de especialidades José Carrasco Arteaga, y que hayan firmado el formulario de consentimiento informado; por lo tanto, no habrá muestreo.

Luego de haber obtenido la nómina de personal desde talento humano, el área de emergencia está conformado por 133 personas, de las cuales 103 personas cumplieron con el criterio de inclusión y firmaron el consentimiento informado, los cuales fueron considerados en el presente estudio.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 Criterios de inclusión

Personal de salud y trabajadores del área de emergencia que formen parte de la nómina de personal, personal de salud y trabajadores que labore más de 1 año en la institución, además mínimo 1 año en el área de emergencia.

4.4.2 Criterios de exclusión

Todas las personas con diagnóstico previos a esta investigación de algún tipo de trastorno psiquiátrico, además de aquellos que libre y voluntariamente no deseen participar.



4.5 VARIABLES

Para efectos de esta investigación, hemos considerado llamar determinantes sociales a las variables independientes, debido a que la OMS considera que la edad, el sexo, la instrucción, el estado civil, la residencia, la etnia, la profesión y el ingreso económico se encuentra dentro de un grupo de determinantes sociales estructurales; y el tiempo de trabajo en la institución, tiempo de trabajo en el área y tipo de contrato laboral, se encuentran dentro del grupo de determinantes sociales intermedios.

Variables dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad – Depresión
Variables independientes	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Instrucción • Estado civil • Residencia • Etnia • Profesión • Nivel socio-económico. • Tiempo de trabajo en la institución • Tiempo de trabajo en el área • Tipo de contrato laboral.

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.2.13 Método

El método que se presentó en este trabajo de investigación es descriptivo de corte transversal, de campo y no experimental.

2.2.14 Técnica

Las técnicas que se utilizó en esta investigación fueron la observación y la entrevista con preguntas directas, aplicando cuestionario sobre datos sociodemográficos. La realización de la entrevista y aplicación de las escalas tomo un tiempo de 20 minutos aproximadamente.



2.2.15 Instrumento

Se utilizó tres instrumentos:

- Características sociodemográficas: edad, sexo, instrucción, estado civil, residencia, etnia, profesión, nivel socio – económico, tiempo de trabajo en la institución, tiempo de trabajo en el área, tipo de contrato laboral, Anexo 1.
- Encuesta estratificada del nivel socio económico del INEC (46): considera el ingreso que recibe el hogar y un conjunto de variables (vivienda, educación, bienes, tecnología y hábitos de consumo), esta encuesta consiste en un cuestionario con puntuación las cuales se van sumando hasta llegar a la máxima puntuación alcanzada, ver Anexo 2.
- Cuestionario de ansiedad-depresión de Hamilton: (Hamilton, 1960) (47), ver Anexo 3, 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. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro ansioso y depresivo.

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Luego de finalizada la recolección de datos, se procedió a digitalizarlos, en primera instancia, en la herramienta Excel, y posterior se pasó al programa SPSS 21 para el análisis estadístico. Los resultados se presentarán en tablas de frecuencia simple y porcentajes con su respectiva descripción. Si bien es cierto que este estudio fue de carácter descriptivo, sin embargo, hemos considerado importante realizar un análisis estadístico obteniendo el Chi cuadrado considerando una diferencia estadísticamente significativa cuando el valor de “p” sea menor a 0.05, además obtendremos la razón de Prevalencia (RP) para medir fuerza de asociación entre las variables con el nivel de ansiedad y depresión con un intervalo de confianza del 95%.



4.8 ASPECTOS ETICOS

La realización de esta investigación respeta todos los aspectos éticos, no implicó riesgo para las personas que formaron parte de este estudio, ya que no se realizó intervenciones ni procedimiento que pongan en peligro la vida y el bienestar del personal. El proyecto se acató a principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía. Además, toda la información obtenida en esta investigación fue estrictamente confidencial, de igual manera se solicitó el consentimiento informado para su participación y se informó sobre la libertad de retirarse del estudio cuando lo crean conveniente.



CAPÍTULO V

RESULTADOS

Una vez recolectada la información del personal que labora en el área de emergencia del HEJCA, presentamos a continuación los datos más importantes encontrados de acuerdo a los objetivos planteados en este estudio.

5.1 DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DEL PERSONAL QUE LABORAN EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HEJCA

Tabla 1. Distribución sociodemográfica del personal que labora en el área de emergencia del HEJCA

Característica	n=103	%=100
Género		
Femenino	62	60.19
Masculino	41	39.81
Edad		
18-24	8	7.80
25-34	61	59.22
35-44	26	25.24
45-54	6	5.80
55-64	2	1.94
Nivel de instrucción		
Primaria	1	0.97
Secundaria	23	22.33
Tercer Nivel	66	64.08
Cuarto Nivel	13	12.62
Estado civil		
Casado	39	37.86
Divorciado	14	13.59
Soltero	37	35.92
Unión libre	12	11.66
Viudo	1	0.97
Residencia		
Rural	23	22.33
Urbana	80	77.67
Autoidentificación étnica		
Blanca	1	0.97
Indígena	6	5.83
Mestiza	96	93.20
<i>Edad media: 24.33, desv. Estándar: 8.18.</i>		

Fuente: Cuestionario para recolección de datos

Autor: David Eugenio Hernández Mendoza

**Tabla 2.** Distribución sociodemográfica laboral del personal que laboran en el área de emergencia del HEJCA

Característica	n=103	%=100
Profesión		
Auxiliar de servicios	6	5.83
Auxiliar de Enfermería	9	8.74
Auxiliar de limpieza	5	4.85
Camillero	2	1.94
Contador público	1	0.97
Enfermero/a	47	45.63
Guardia	6	5.83
Lcdo. en imagenología	3	2.91
Médico especialista	4	3.88
Médico general en funciones hospitalarias	11	10.68
Médico postgradista	9	8.74
Tiempo que labora en la institución		
1-5 años	72	69.90
6-10 años	29	28.16
11-15 años	2	1.94
Tiempo que labora en el área		
1-5 años	85	82.53
6-10 años	17	16.50
11-15 años	1	0.97
Tipo de contratación laboral		
Contrato indefinido	51	49.51
Contrato temporal	34	33.01
Eventual	6	5.83
Libre remoción	1	0.97
Nombramiento	7	6.80
Por obra o servicio	2	1.94
Sin contrato	2	1.94
Índice de nivel socioeconómico		
A (alto)	7	6.80
B (medio alto)	48	46.60
C+ (medio típico)	37	35.92
C- (medio bajo)	11	10.68

Fuente: Cuestionario para recolección de datos

Autor: David Eugenio Hernández Mendoza



Del total de los participantes (103) el 60,19 % corresponde a mujeres y el 39,81% restante a hombres, equivalente a un poco más de un tercio del total de los participantes. La mayoría de la población en el grupo de edades es de 25-34 años, con una media de edad de 24.33 años y desviación estándar de 8,18. Se evidencia que es una población joven.

Respecto al nivel de instrucción educativa más de la mitad de la población de estudio (64,08%) cuentan con un título universitario de tercer nivel. Se observa porcentajes casi similares en el estado civil casado (37,86%) y soltero (35,92%), siendo estos los que predominan en la población de estudio. Gran porcentaje de la población de estudio (77,67%) reside en el área urbana, el 22,33% declararon vivir en la zona rural. En cuanto al auto identificación étnica, casi el total de los participantes (93,20%) se identificaron como mestizos.

La profesión que predomina de los participantes corresponde a enfermería (45,63%), casi la mitad de la población. Le siguen, con significativa diferencia, médico general en funciones hospitalarias (10,68%); médico postgradista y auxiliar de enfermería (8,74%). En cuanto al contrato laboral, relativamente la mitad de los participantes cuenta con contrato indefinido (49,51%), seguido por los que poseen un contrato temporal (33,01%).

En relación con el tiempo que labora en la institución, la mayoría de los participantes, más de la mitad, tienen de 1-5 años de permanencia (69,90%). Con respecto al tiempo que labora en el área, se puede decir que es proporcional al tiempo que labora en la institución, por ello la mayoría del personal tiene de 1-5 años (82,52%), y le siguen de 6-10 años (16,50%) trabajando en el área.

Los resultados correspondientes al nivel socioeconómico del personal se obtuvieron de acuerdo a la Encuesta de Estratificación del Nivel socioeconómico del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) de Ecuador. Los niveles varían desde el más alto (A) hasta el más bajo (D). El nivel que predomina corresponde al segundo nivel B (46,80%), seguido del nivel C+ (35,92%), nivel C- (10,68%) y el más bajo corresponde al nivel A (6,80%). No se registraron participantes dentro de un nivel D. Estos resultados reflejan que, en general, los



participantes cuentan con servicios y dispositivos tecnológicos, y una economía característica del nivel medio.

5.1.1 NIVEL DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL QUE LABORA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HEJCA

A continuación, se presenta los rangos de ansiedad medidos de acuerdo a la escala de valoración de Hamilton. Si bien no existen puntos de corte establecidos, de acuerdo a Hamilton (48) se consideraron los rangos de 0-5: no ansiedad; 6-14: ansiedad leve; ≥ 15 : ansiedad moderada/grave.

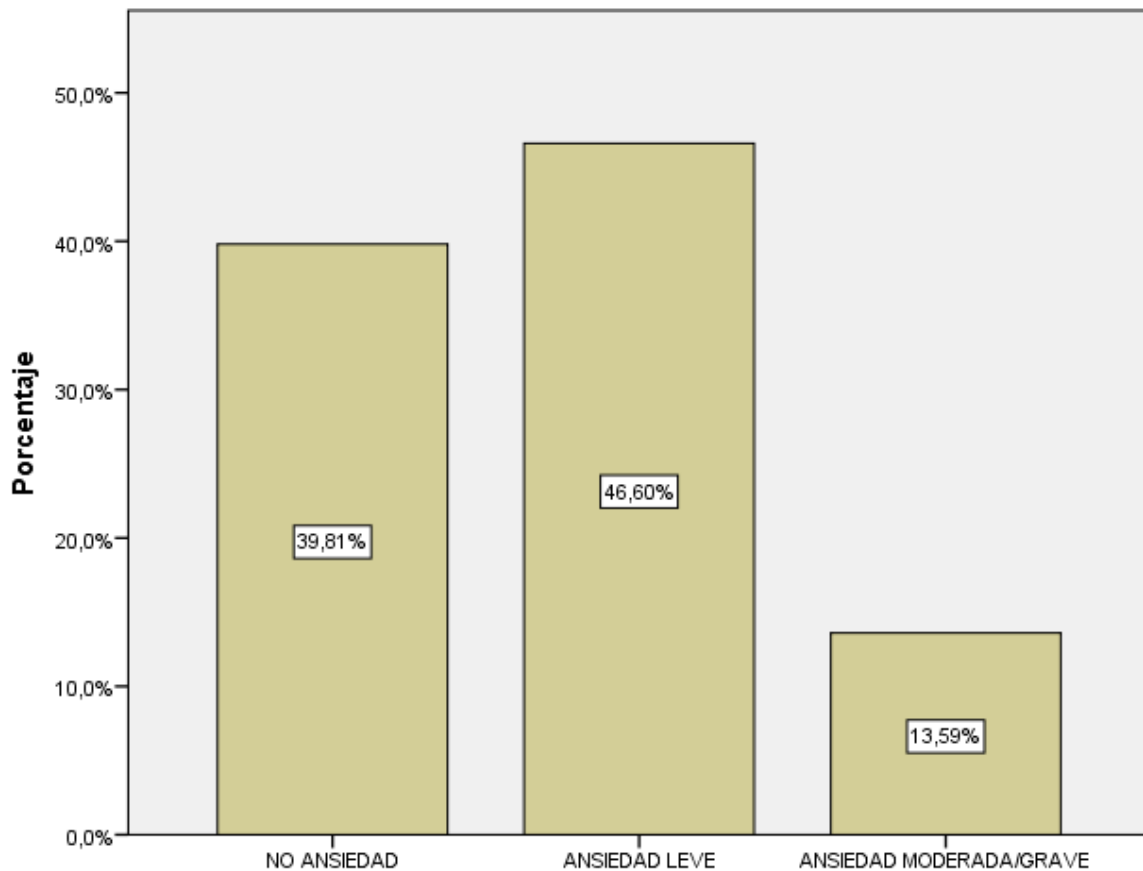


Figura 1. Niveles de ansiedad en el personal que labora en el área de emergencia del HEJCA

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton

Autor: David Eugenio Hernández Mendoza

Se observa en la Figura 1 que un 39,81% del personal no tiene ansiedad, un 46,60% presenta una ansiedad leve y un 13,59% ansiedad moderada/grave.

**Tabla 3. Nivel de ansiedad y razón de prevalencia según variables sociodemográficas de interés**

Variables	ANSIEDAD		Total n (%)	Razón de prevalencia	Intervalo de confianza al 95%		Valor de <i>p</i>
	SI n (%)	NO n (%)			Inferior	Superior	
Género							
Femenino	39 (62.9)	23 (37.1)	62 (100)	1,327	0,594	2,964	0,490
Masculino	23 (56.1)	18 (43.9)	41 (100)				
Edad							
25-34 años	36 (59.0)	25 (41.0)	61 (100)	0,886	0,396	1,982	0,769
otras edades	26 (61.9)	16 (38.1)	42 (100)				
Nivel de instrucción							
Cuarto Nivel	9 (69.2)	4 (30.8)	13 (100)	1,571	0,450	5,485	0,476
Otros niveles	53 (58.9)	37 (41.1)	90 (100)				
Estado civil							
Casado	24 (61.5)	15 (38.5)	39 (100)	1,095	0,484	2,474	0,828
Otros estados civiles	38 (59.4)	26 (40.6)	64 (100)				
Residencia							
Urbana	49 (61.2)	31 (38.8)	80 (100)	1,216	0,475	3,110	0,683
Rural	13 (56.5)	10 (43.5)	23 (100)				
Autoidentificación étnica							
Mestiza	57 (59.4)	39 (40.6)	96 (100)	0,585	0,108	3,167	0,529
Otras etnias	5 (71.4)	2 (28.6)	7 (100)				
Profesión							
Enfermero/a	29 (61.7)	18 (38.3)	47 (100)	1,123	0,508	2,482	0,775
Otras profesiones	33 (58.9)	23 (41.1)	56 (100)				
Tipo de contrato							
Contrato indefinido	30 (58.8)	21 (41.2)	51 (100)	0,893	0,405	1,966	0,778
Otro tipo de contrato	32 (61.5)	20 (38.5)	52 (100)				
Tiempo que labora en el área							
1-5 años	50 (58.8)	35 (41.2)	85 (100)	0,714	0,245	2,084	0,537
más años	12 (66.7)	6 (33.3)	18 (100)				
Nivel socioeconómico							
Nivel medio	28 (58.3)	20 (41.7)	48 (100)	0,865	0,392	1,907	0,719
Otros niveles	34 (61.8)	21 (38.2)	55 (100)				

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton**Autor:** David Eugenio Hernández Mendoza



En base a los resultados presentados en la Tabla 3, se observa que el 62,9 % (39) de participantes de género femenino presentaron ansiedad frente a un 37,1% (23) que no presentaron ansiedad. La razón de prevalencia indica que las mujeres tienen un riesgo de 1,327 veces más de tener ansiedad que los hombres, sin embargo de acuerdo a su intervalo de confianza IC-95% nos indica que si bien la razón de prevalencia nos dice que ser mujer es un factor de riesgo, el intervalo de confianza al tener su límite inferior que está por debajo de la unidad, diríamos que el ser mujer también puede ser un factor protector. Analizando el valor de $p=0.490$ nos dice que estas diferencias entre presentar y no presentar ansiedad de acuerdo al sexo no muestra diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la variable edad, el 59,0% (36) de personas en la edad de 25-34 años presentaron ansiedad y el 41,0% (25) restante no presentaron ansiedad. La razón de prevalencia indica que los trabajadores entre 25-34 años tienen un riesgo de 0,886 veces mayor de tener ansiedad que los trabajadores de otras edades, sin embargo de acuerdo a su intervalo de confianza IC-95% nos indica que si bien la razón de prevalencia nos dice que estar en el rango de edad 25-34 años es un factor de riesgo, pero el intervalo de confianza tiene el límite inferior por debajo de la unidad, diríamos que tener una edad entre 25-34 años también puede ser un factor de protección. Analizando el valor de $p=0,769$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar ansiedad de acuerdo a la edad no muestra diferencias estadísticamente significativas.

En relación a la variable nivel de instrucción, el 69,2% (9) de profesionales con título de cuarto nivel presentaron ansiedad frente al 30,8% (4) restante que no presentaron ansiedad. La razón de prevalencia indica que los profesionales con título de cuarto nivel tienen un riesgo de 1,571 veces más de tener ansiedad que los profesionales con niveles de instrucción más bajos, sin embargo de acuerdo a su intervalo de confianza IC-95% nos indica que si bien la razón de prevalencia indica que tener título de cuarto nivel es un factor de riesgo, el intervalo de confianza al tener su límite inferior menor a la unidad, diríamos que tener un título de cuarto nivel también puede ser un factor protector. Analizando el valor de



$p=0,476$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar ansiedad de acuerdo al nivel de instrucción no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Acerca de la variable estado civil el 61,5% (24) de estado civil casados presentaron ansiedad a diferencia del 38,5% (15) que no presentaron ansiedad. La razón de prevalencia indica que ser casados tienen un riesgo de 1,095 veces más de tener ansiedad que aquellos participantes con diferente estado civil, sin embargo aunque la razón de prevalencia indica que ser casado es un factor de riesgo, el intervalo de confianza IC-95% nos dice que al estar su valor inferior por debajo de la unidad, diríamos que ser casado también puede ser un factor protector. Además analizando el valor de $p=0,828$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar ansiedad de acuerdo al estado civil no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Correspondiente a la variable residencia, el 61,2% (49) que residen en el área urbana presentaron ansiedad a diferencia del 38,8% (31) que no presentaron ansiedad. La razón de prevalencia indica que los residentes del área urbana tienen un riesgo de 1,216 veces más de tener ansiedad que aquellos residentes del área rural, sin embargo aunque la razón de prevalencia señala que vivir en el área urbana es un factor de riesgo, el intervalo de confianza IC-95% nos dice que al estar este valor por el límite inferior debajo de la unidad, diríamos que vivir en el área urbana también puede ser un factor de protección. Analizando el valor de $p=0,683$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar ansiedad de acuerdo al área de residencia no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Referente a la variable auto identificación étnica el 59,4% (57) de etnia mestiza presentaron ansiedad a diferencia del 40,6% (39) que no presentaron ansiedad. La razón de prevalencia indica que los trabajadores de etnia mestiza tienen un riesgo de 0,585 veces menos de tener ansiedad que los trabajadores de otros grupos étnicos, sin embargo aunque la razón de prevalencia indica que ser mestizo es un factor de protección el intervalo de confianza IC-95% nos dice que



al estar este valor en el límite inferior por debajo de la unidad, diríamos que ser de etnia mestiza también puede ser un factor de riesgo. Analizando el valor de $p=0,529$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar ansiedad de acuerdo a la auto identificación étnica no muestra diferencias estadísticamente significativas.

En lo referente a la variable “profesión” el 61,7 % (29) de los enfermero/as presentaron ansiedad y el 38,3% (18) no presentaron ansiedad. La razón de prevalencia indica que los enfermero/as tienen un riesgo de 1,123 veces más de tener ansiedad que personas de distinta profesión, sin embargo aunque la razón de prevalencia nos indica que ser enfermero/a es un factor de riesgo pero el intervalo de confianza IC-95% nos dice que al tener el límite inferior menor a la unidad, diríamos que ser enfermero/a también puede ser un factor protector. Analizando el valor de $p=0,775$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar ansiedad de acuerdo a la profesión no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la variable “tipo de contrato” el 58,8% (30) de los trabajadores que tienen un contrato indefinido presentaron ansiedad y el 41,2%(21) no presentaron la enfermedad. La razón de prevalencia indica que tener un contrato indefinido tiene un riesgo de 0,893 veces menos de tener ansiedad que los trabajadores con diferente tipo de contrato, sin embargo en base a la razón de prevalencia nos dice que tener un contrato indefinido es un factor protector pero el intervalo de confianza IC-95% nos indica que al tener el límite inferior por debajo a la unidad, diríamos que tener un contrato indefinido también puede ser un factor de riesgo. Analizando el valor de $p=0,778$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar ansiedad de acuerdo al tipo de contrato no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Para la variable “tiempo que labora en el área” el 58,8% (50) de los participantes que trabajaban en un rango de 1-5 años en la misma área presentaron ansiedad y el 41,2% (35) restante no presentaron ansiedad. La razón de prevalencia indica que haberse mantenido trabajando entre 1-5 años en la misma área tiene un



riesgo de 0,714 veces menos de tener ansiedad que los trabajadores con más años de trabajo en la misma área, por lo cual y de acuerdo a la razón de prevalencia el trabajar de 1-5 años en la misma área es un factor de protección pero el intervalo de confianza IC-95% nos indica que al tener el límite inferior por debajo de la unidad diríamos que trabajar de 1-5 años en la misma área podría ser también un factor de riesgo. Analizando el valor de $p=0,537$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar ansiedad de acuerdo al tiempo que labora en la misma área de trabajo no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Por último, referente a la variable “nivel socioeconómico” el 58,3% (28) de los trabajadores que pertenecen al estrato medio presentaron ansiedad y el 41,7% (20) restante no presentaron ansiedad. La razón de prevalencia indica que pertenecer a un estrato medio presenta un riesgo de 0,865 veces menos de tener ansiedad que pertenecer a diferente estrato, esto nos indica que si bien es cierto la razón de prevalencia nos dice que ser de un estrato medio es un factor de protección, sin embargo el intervalo de confianza IC-95% nos dice que al tener su límite inferior por debajo de la unidad diríamos que pertenecer a un estrato medio también puede ser un factor de riesgo. Analizando el valor de $p=0,719$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar ansiedad de acuerdo al nivel socio económico no muestra diferencias estadísticamente significativas.



5.2 NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL QUE LABORA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HEJCA

A continuación, se presenta los rangos depresión medidos de acuerdo a la escala de valoración de Hamilton. Los puntos de corte se consideraron lo establecido por la Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (49), la cual indica que, 0-7: no deprimido; 8-13: depresión ligera/menor; 14-18: depresión moderada; 19-22: depresión severa; >23: depresión muy severa.

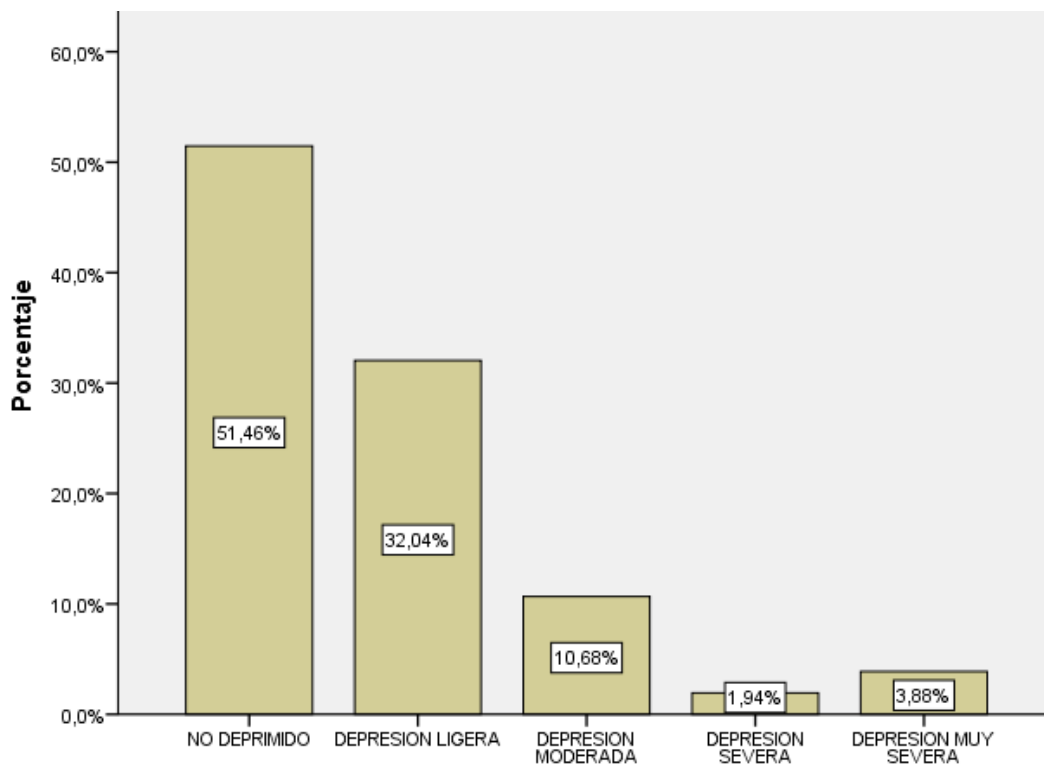


Figura 2. Niveles de depresión en el personal que labora en el área de emergencia del HEJCA

Fuente: Escala de Depresión de Hamilton

Autor: David Eugenio Hernández Mendoza

Se observa en la Figura 2 que un poco más de la mitad de los participantes (51,46%) no tiene depresión, igualmente un alto porcentaje (32,04%) presenta una depresión ligera. Un pequeño porcentaje (10,68%) presentan depresión moderada, y finalmente, solamente un 1,94% y 3,88% presentan depresión severa y muy severa respectivamente. Estos resultados son un buen indicador de la situación mental del personal que laboran en el Hospital.



Tabla 4. Nivel de depresión y razón de prevalencia según variables sociodemográficas de interés

Variable	DEPRESIÓN		Total n (%)	Razón de prevalencia	Intervalo de confianza al 95%		Valor de <i>p</i>
	SI n (%)	NO n (%)			Inferior	Superior	
Género							
Femenino	32 (51.6)	30 (48.4)	62 (100)	1,363	0,617	3,012	0,443
Masculino	18 (43.9)	23 (56.1)	41 (100)				
Edad							
25-34 años	27 (44.3)	34 (55.7)	61 (100)	0,656	0,298	1,446	0,295
Otras Edades	23 (54.8)	19 (45.2)	42 (100)				
Nivel de instrucción							
Cuarto Nivel	8 (61.5)	5 (38.5)	13 (100)	1,829	0,555	6,020	0,316
Otros niveles	42 (46.7)	48 (53.3)	90 (100)				
Estado civil							
Casado	20 (51.3)	19 (48.7)	39 (100)	1,193	0,538	2,647	0,664
Otros estados civiles	30 (46.9)	34 (53.1)	64 (100)				
Residencia							
Urbana	42 (52.5)	38 (47.5)	80 (100)	2,072	0,791	5,433	0,134
Rural	8 (34.8)	15 (65.2)	23 (100)				
Autoidentificación étnica							
Mestiza	46 (47.9)	50 (52.1)	96 (100)	0,690	0,147	3,250	0,637
Otras etnias	4 (57.1)	3 (42.9)	7 (100)				
Profesión							
Enfermero/a	23 (48.9)	24 (51.1)	47 (100)	1,029	0,474	2,236	0,942
Otras profesiones	27 (48.2)	29 (51.8)	56 (100)				
Tipo de contrato							
Contrato indefinido	23 (45.1)	28 (54.9)	51 (100)	0,761	0,351	1,650	0,488
Otro tipo de contrato	27 (51.9)	25 (48.1)	52 (100)				
Tiempo que labora en el área							
1-5 años	40 (47.1)	45 (52.9)	85 (100)	0,711	0,256	1,977	0,512
más años	10 (55.6)	8 (44.4)	18 (100)				
Nivel socioeconómico							
Nivel medio	23 (47.9)	25 (52.1)	48 (100)	0,954	0,440	2,070	0,905
Otros niveles	27 (49.1)	28 (50.9)	55 (100)				



Fuente: Escala de Depresión de Hamilton

Autor: David Eugenio Hernández Mendoza

Según los resultados presentados en la Tabla 4, se observa que el 51,6 % (32) de participantes de género femenino presentaron depresión frente a un 48,4% (30) que no presentaron depresión. La razón de prevalencia indica que las mujeres tienen un riesgo de 1,363 veces más de tener depresión que los hombres, sin embargo de acuerdo a su intervalo de confianza IC-95% nos indica que si bien la razón de prevalencia nos dice que ser mujer es un factor de riesgo, el intervalo de confianza al tener su límite inferior que está por debajo de la unidad, diríamos que el ser mujer también puede ser un factor protector. Analizando el valor de $p=0.443$ nos dice que estas diferencias entre presentar y no presentar depresión de acuerdo al sexo no muestra diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la variable edad, el 44,3% (27) de trabajadores en la edad de 25-34 años presentaron depresión y en mayor porcentaje el 55,7% (34) restante no presentaron depresión. La razón de prevalencia indica que los trabajadores entre 25-34 años tienen un riesgo de 0,656 veces mayor de tener depresión que los trabajadores de otras edades, sin embargo de acuerdo a su intervalo de confianza IC-95% nos indica que si bien la razón de prevalencia nos dice que estar en el rango de edad 25-34 años es un factor de riesgo, pero el intervalo de confianza tiene el límite inferior por debajo de la unidad, diríamos que tener una edad entre 25-34 años también puede ser un factor de protección. Analizando el valor de $p=0,295$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar depresión de acuerdo a la edad no muestra diferencias estadísticamente significativas.

En relación a la variable nivel de instrucción, el 61,5% (8) de profesionales con título de cuarto nivel presentaron depresión frente al 38,5% (5) restante que no presentaron depresión. La razón de prevalencia indica que los profesionales con título de cuarto nivel tienen un riesgo de 1,829 veces más de tener depresión que los profesionales con niveles de instrucción más bajos, sin embargo de acuerdo a su intervalo de confianza IC-95% nos indica que si bien es cierto la razón de



prevalencia indica que tener título de cuarto nivel es un factor de riesgo, el intervalo de confianza al tener su límite inferior menor a la unidad, diríamos que tener un título de cuarto nivel también puede ser un factor protector. Analizando el valor de $p=0,316$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar depresión de acuerdo al nivel de instrucción no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Acerca de la variable estado civil el 51,3% (20) de estado civil casados presentaron depresión a diferencia del 48,7% (19) que no presentaron depresión. La razón de prevalencia indica que ser casados tienen un riesgo de 1,193 veces más de tener depresión que aquellos participantes con diferente estado civil, sin embargo aunque la razón de prevalencia indica que ser casado es un factor de riesgo, el intervalo de confianza IC-95% nos dice que al estar su valor inferior por debajo de la unidad, diríamos que ser casado también puede ser un factor protector. Además analizando el valor de $p=0,664$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar depresión de acuerdo al estado civil no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Correspondiente a la variable residencia, el 52,5% (42) que residen en el área urbana presentaron depresión a diferencia del 47,5% (38) que no presentaron depresión. La razón de prevalencia indica que los residentes del área urbana tienen un riesgo de 2,072 veces más de tener depresión que aquellos residentes del área rural, sin embargo aunque la razón de prevalencia señala que vivir en el área urbana es un factor de riesgo, el intervalo de confianza IC-95% nos dice que al estar este valor por el límite inferior debajo de la unidad, diríamos que vivir en el área urbana también puede ser un factor de protección. Analizando el valor de $p=0,134$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar depresión de acuerdo al área de residencia no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Referente al determinante auto identificación étnica el 47,9% (46) de etnia mestiza presentaron depresión a diferencia del 52,1% (50) que no presentaron depresión. La razón de prevalencia indica que los trabajadores de etnia mestiza tienen un



riesgo de 0,690 veces mayor de tener depresión que los trabajadores de otros grupos étnicos, sin embargo aunque la razón de prevalencia indica que ser mestizo es un factor de riesgo el intervalo de confianza IC-95% nos dice que al estar este valor en el límite inferior por debajo de la unidad, diríamos que ser de etnia mestiza también puede ser un factor protector. Analizando el valor de $p=0,637$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar depresión de acuerdo a la auto identificación étnica no muestra diferencias estadísticamente significativas.

En lo referente a la variable “profesión” el 48,9 % (23) de los enfermero/as presentaron depresión y el 51,1% (18) no presentaron depresión. La razón de prevalencia indica que los enfermero/as tienen un riesgo de 1,029 veces más de tener depresión que personas de distinta profesión, sin embargo aunque la razón de prevalencia nos indica que ser enfermero/a es un factor de riesgo pero el intervalo de confianza IC-95% nos dice que al tener el límite inferior menor a la unidad, diríamos que ser enfermero/a también puede ser un factor protector. Analizando el valor de $p=0,942$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar depresión de acuerdo a la profesión no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la variable “tipo de contrato” el 45,1% (23) de los trabajadores que laboran con contrato indefinido presentaron depresión y el 54,9% (28) no presentaron la enfermedad. La razón de prevalencia indica que tener un contrato indefinido tiene un riesgo de 0,761 veces menos de tener depresión que los trabajadores con diferente tipo de contrato, sin embargo en base a la razón de prevalencia nos dice que tener un contrato indefinido es un factor protector pero el intervalo de confianza IC-95% nos indica que al tener el límite inferior por debajo a la unidad, diríamos que tener un contrato indefinido también puede ser un factor de riesgo. Analizando el valor de $p=0,488$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar depresión de acuerdo al tipo de contrato no muestra diferencias estadísticamente significativas.



Para la variable “tiempo que labora en el área” el 47,1% (40) de los trabajadores que laboran en la misma área en un rango de 1-5 años presentaron depresión y el 52,9% (45) restante no presentaron depresión. La razón de prevalencia indica que haberse mantenido trabajando entre 1-5 años en la misma área tiene un riesgo de 0,711 veces menos de tener depresión que los trabajadores con más años de trabajo en la misma área, por lo cual y de acuerdo a la razón de prevalencia el trabajar de 1-5 años en la misma área es un factor de protección pero el intervalo de confianza IC-95% nos indica que al tener el límite inferior por debajo de la unidad diríamos que trabajar de 1-5 años en la misma área podría ser también un factor de riesgo. Analizando el valor de $p=0,512$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar depresión de acuerdo al tiempo que labora en la misma área de trabajo no muestra diferencias estadísticamente significativas.

Por último, referente a la variable “nivel socioeconómico” el 47,9% (23) de los trabajadores que pertenecen al estrato medio presentaron depresión y el 52,1% (25) restante no presentaron depresión. La razón de prevalencia indica que pertenecer a un estrato medio presenta un riesgo de 0,954 veces menos de tener depresión que pertenecer a diferente estrato, esto nos indica que si bien es cierto la razón de prevalencia nos dice que ser de un estrato medio es un factor de protección, sin embargo el intervalo de confianza IC-95% nos dice que al tener su límite inferior por debajo de la unidad diríamos que pertenecer a un estrato medio también puede ser un factor de riesgo. Analizando el valor de $p=0,905$ se puede concluir que estas diferencias entre presentar y no presentar depresión de acuerdo al nivel socio económico no muestra diferencias estadísticamente significativas.



CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia de ansiedad y depresión y sus determinantes sociales en el personal que labora en el área de emergencia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga, Cuenca, Abril –Junio 2021.

Se determinó una prevalencia de ansiedad del 60,19%, entre leve (46,60%) y moderada (13,59%); y una prevalencia del 48,54% de depresión, con un 32,04% corresponde a depresión ligera y un 10,68% a una depresión moderada. Estos valores son superiores a los reportados por Pazmiño-Eraza et. al. (50) en su estudio realizado al personal de la salud de Ecuador durante la pandemia por COVID-19, determinaron que el 27,3% tenía síntomas de depresión y el 39,2%, síntomas de ansiedad. Así mismo, Peñafiel-León et al. (51) en su estudio cuyo objetivo fue evaluar el impacto psicológico de los profesionales de salud del Hospital José Carrasco Arteaga durante la pandemia por COVID-19, determinaron que el estado de ansiedad estuvo presente en el 32% de los investigados y afirman que al menos 1/3 del personal de salud estudiado se encontraba con problemas emocionales.

Por otro lado, Restrepo-Martínez et. al. (52) en su estudio desarrollado en Medellín reportaron, el 14,6% de los trabajadores reportaron síntomas depresivos y el 18,5%, ansiosos clínicamente significativos, destacan además que se encontró una mayor proporción de síntomas depresivos y ansiosos moderados-graves en la modalidad de trabajo presencial. Se evidencia que el personal que participó presenta mayor prevalencia de ansiedad que depresión, similar a lo reportado por Appel et. al (53), donde del total de profesionales, 53,8% presentaban ansiedad; 38,4% de depresión; y 40,3%, estrés.

Autores como Arias (54); Lin C y Lin Y (55); Restrepo-Martínez et. al. (52); y Appel et. al (53) encontraron que los trabajadores sanitarios reportaron síntomas depresivos y ansiosos clínicamente significativos; Lin C. y Lin Y (55) señalan que



la pandemia por COVID-19 aumentó significativamente los niveles de ansiedad y depresión en la fase inicial.

De acuerdo a los determinantes sociales se encontró en el presente estudio que el personal con título de cuarto nivel (RP=1,571; IC 95%:0,450-5,485), las mujeres (RP=1,327; IC 95%:0,594-2,964) y los que residen en el área urbana (RP=1,216; IC 95%:0,475-3,110) tienen mayor riesgo de presentar ansiedad. Respecto género femenino, nuestros resultados se sustentan en los resultados de Lozano-Vargas (10) que, en su estudio, sobre la salud mental del personal de salud, determinó que la tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres.

Adicionalmente, en cuanto a la zona de residencia nuestros resultados se asemejan a los obtenidos por Pazmiño-Eraza et. al. (50) los cuales determinaron que los principales factores asociados a los síntomas ansiosos y depresivos en el personal de salud, en época de pandemia, se relacionan sobre todo con vivir y trabajar en ciudades con mayor número de casos y las características del trabajo, como ser médico postgradista, así como la percepción propia de seguridad.

Similares resultados se encontraron entre la asociación con los niveles de depresión, siendo igualmente, el personal que residen en el área urbana (RP=2,072; IC 95%:0,791-5,5433), aquellos con título de cuarto nivel (RP=1,829; IC 95%:0,555-6,020), las mujeres (RP=1,363; IC 95%:0,617-3,012) y los casados (RP=1,193; IC 95%:0,538-2,647) los que mayor riesgo presentaban de tener depresión. En cuanto al género, estos resultados se asemejan a los obtenidos por Santos et. al. (56) quienes encontraron relación entre los trastornos mentales como ansiedad y depresión con las mujeres profesionales de enfermería, que además tenían ingresos mensuales bajos en comparación con otros profesionales.

De manera similar, Gómez-Martínez et al. (7) exponen diversos estudios cuyos resultados muestran un mayor grado de afectación emocional en mujeres, tanto de ansiedad como de depresión; los resultados indican que el hecho de ser mujer predice una mayor posibilidad de presentar problemas de ansiedad. Así lo evidencia también Lai et al. (18), quien indica que ser mujer se asocia con síntomas graves de depresión, ansiedad y angustia.



Los resultados evidencian que la prevalencia de ansiedad es alta para el área de emergencia, aunque Villalba-Arias et. al. (57) demostraron que el personal de terapia intensiva y área quirúrgica presentaron significativamente mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión.



CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Del total de la población estudiada, el 39,81 % no presentó ansiedad y el 60,19% restante presentó ansiedad entre leve (46,60%) y moderada (13,59%). En cuanto al nivel de depresión, el 51,46% no presentó depresión, del 48,54% restante que presentaron depresión el 32,04% corresponde a una depresión ligera, un 10,68% a una depresión moderada, solamente un 1,94% y 3,88% presentan depresión severa y muy severa respectivamente.
- En cuanto a la asociación entre los determinantes sociales con ansiedad, las variables con mayor riesgo de presentar ansiedad corresponden al personal con título de cuarto nivel (RP=1,571; IC 95%:0,450-5,485), las mujeres (RP=1,327; IC 95%:0,594-2,964) y los que residen en el área urbana (RP=1,216; IC 95%:0,475-3,110).
- Respecto a la asociación entre los determinantes sociales con depresión, las variables con mayor riesgo de presentar depresión corresponden al personal que residen en el área urbana (RP=2,072; IC 95%:0,791-5,5433), con título de cuarto nivel (RP=1,829; IC 95%:0,555-6,020), las mujeres (RP=1,363; IC 95%:0,617-3,012) y los casados (RP=1,193; IC 95%:0,538-2,647).
- Finalmente, es posible concluir que las determinantes sociales y laborales no juegan un papel relevante en la presencia de ansiedad y depresión en esta población durante el periodo de estudio, posiblemente el personal que trabaja en el área de emergencia se estresa más por condiciones propias



del trabajo como enfrentarse a la elevada mortandad de los pacientes por COVID-19, y al estar expuestos al miedo constante de poder contagiarse, elevando su malestar psicológico.

7.2 RECOMENDACIONES

- Como se ha podido observar en el presente trabajo, el personal que trabajan en el área de emergencia del HEJCA presentan problemas indeseables en su salud mental, siendo la ansiedad, el que más prevalece en el personal participante. En este contexto, es necesario generar intervenciones que cuiden su bienestar emocional y salud mental, siendo esto más bien una necesidad y obligación de carácter urgente. Se conoce que el descanso y la calidad de sueño, son los pilares de una buena salud mental; por lo tanto, el hospital debe garantizar las condiciones adecuadas para que todo su personal pueda descansar, enfocándose sobre todo en las mujeres. Además, deben rotar al personal de salud a fin de que los profesionales puedan cambiar de ambiente laboral y aumentar su vínculo social, lo cual es un factor determinante de bienestar emocional.
- El personal que laboran en el área de emergencia, en la medida que sea posible, deben asistir a terapia psicológica, mantener contacto con los familiares, realizar actividad física y capacitarse en el manejo adecuado de pacientes por COVID-19 para lograr un ambiente de simpatía entre paciente y profesional.
- Se recomienda seguir investigando respecto al tema, pues los problemas mentales que afecta al personal inciden directamente en su vida tanto laboral como profesional. Para ello, se recomienda para futuros estudios considerar otras variables como el ingreso mensual y horas laborales, ya que algunos estudios evidenciaron una asociación significativa con estas variables.



CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Novell R. Discapacidad Intelectual y Salud Mental: Evaluación e intervención psicológica. Análisis de casos. Institutd' Assistència Sanitària Departament de Salut. 2014 [Citado 4 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2017/12/Discapacidad-Intelectual-y-Salud-Mental-Evaluacion-e-intervencion-psicologica-An-lisis-de-casos.pdf>. "
2. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev. Mal-Estar Subj. Fortaleza 2003 [Citado 4 de agosto de 2021];3(1):10-59. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&nrm=iso.
3. Cayetano C. Ecuador entre los cinco países con más discapacidad por depresión. Edición Médica. 2019 [Citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-es-uno-de-los-cinco-paises-con-mas-discapacidad-por-depresion-93904>.
4. Rosselló J, Zayas H, Vanessa L. Impacto de un adiestramiento en meditación en consciencia plena (mindfulness) en medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés y consciencia plena: Un estudio piloto. Revista puertorriqueña de psicología. 2016 [Citado 4 de agosto de 2021];27(1):62-78. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233245623005.pdf>.
5. Morales Fuhrmann C. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. 2017 [Citado 4 de agosto de 2021]: 136-138. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/136-138/>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. 2017 [Citado 4 de agosto de 2021]. Disponible en:



<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>.

7. Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Julia B, Abizanda-Campos R. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anal. Psicol.* 2015 [Citado 14 de abril de 2021];31(2):743-50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200039. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>.
8. Montesó-Curto P, Aguilar-Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Aten Primaria.* 2014 [Citado 15 de abril de 2021];46(3):167-168. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6983585/> DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.009>.
9. Organización Mundial de la Salud. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. OMS. 2020 [Citado 14 de abril de 2021]:6p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>.
10. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *RevNeuropsiquiatr.* 2020 [Citado 16 de abril de 2021];83(1):51-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051 DOI: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>.
11. Hernández Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica.* 2020 [Citado 16 de abril de 2021]; 24(3): 578-594. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es.
12. Organización Mundial de la Salud. Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. 2020 [Citado 4



- de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>.
13. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2020 [Citado 4 de agosto de 2021]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
 14. Núñez M, Palomino M. Salud Mental en América Latina. Panoramas ScholarlyPlatform. 2019 [Citado 15 de abril de 2021];(): Disponible en: <https://www.panoramas.pitt.edu/health-and-society/salud-mental-en-am%C3%A9rica-latina>.
 15. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Infografía-depresión. INEC.2017 [Citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>.
 16. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud ,2013-2017. 2017 [Citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.investigacionsalud.gob.ec/lineas-de-investigacion/>.
 17. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003 [Citado 16 de abril de 2021];26(4):1-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17215>.
 18. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open.2020 [Citado 16 de abril de 2021];3(3):e203976. Disponible en: <https://es.jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>. DOI: doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
 19. Loaiza Y. Las cifras que muestran por qué es importante la salud mental. GK.2019 [Citado 16 de abril de 2021];(): Disponible en: <https://gk.city/2019/09/02/depresion-ansiedad-salud-mental/>.



20. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. 2021 OMS/OPS. [Citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
21. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Una conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. 1986 [Citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
22. Augsburg AC, Gerlero SS. La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. Kairos: Revista de temas sociales. 2005 [Citado 4 de agosto de 2021];(15):2p. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7290505>.
23. Restrepo DA; Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. 2012 [Citado 4 de agosto de 2021]. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>.
24. Ramírez JAG, Álvarez CV. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales. Colombia. Revista Cubana de Salud Pública. 2017 [Citado 26 de octubre de 2021]; 43:191-203. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/191-203/es/>
25. Rodríguez-Yunta E. Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. Persona y Bioética. 2016 [Citado 26 de octubre de 2021]; 20(2):192-204. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v20n2/0123-3122-pebi-20-02-00192.pdf>
26. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Revista Cubana de salud pública. 2011 [Citado 26 de octubre de 2021];37. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v37n2/spu07211.pdf
27. Londoño CE, et al. Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. Acta Colombiana de Psicología. 2016 [Citado 4 de agosto de



- 2021]; 19(2):315-329. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/798/79847072013/html/>.
28. Calderón Villota DB. Ansiedad y depresión en médicos residentes con Síndrome de Burnout, en Hospital de Niños Baca Ortíz, del Distrito Metropolitano de Quito durante el año 2010. 2010 [Citado 4 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16256/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
29. López-Carvajal L. Trastornos del estado de ánimo en trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel de complejidad, Medellín, Colombia, 2011-2016. iMedPubJournals. 2018 [Citado 16 de abril de 2021];14(3):7p. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/trastornos-del-estado-de-animoen-trabajadores-de-la-salud-de-un-hospital-de-tercer-nivel-de-complejidad-medelliacuten-colomb.pdf>. DOI: 10.3823/1397.
30. Da Silva ATC, Lopes CS, Susser E y Menezes PR. Depresión relacionada con el trabajo en personal de equipos de atención primaria en Brasil. Am J Public Health. 2016 [Citado 16 de abril de 2021];106():1990-1997. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34367>. DOI: doi:10.2105/AJPH.2016.303342.
31. Manela M, Katona C, Livingston G. How common are the anxiety disorders in old age?. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1996 [Citado 26 de octubre de 2021]; 11(1): 65-70. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/%28SICI%291099-1166%28199601%2911%3A1%3C65%3A%3AAID-GPS296%3E3.0.CO%3B2-M>
32. Jorm AF. Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. Psychological medicine. 200 [Citado 26 de octubre de 2021]; 30(1): 11-22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10722172/>



33. Faravelli C, Scarpato MA, Castellini G, Sauro CL. Gender differences in depression and anxiety: the role of age. *Psychiatry research*. 2013 [Citado 26 de octubre de 2021]; 210(3):1301-1303. Disponible en: <https://scihub.se/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.027>
34. Holwerda TJ, Schoevers RA, Dekker J, Deeg DJ, Jonker C, Beekman AT. The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. 2007 [Citado 26 de octubre de 2021]; 22(3): 241-249. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/gps.1669>
35. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social science & medicine*. 2008 [Citado 26 de octubre de 2021]; 66(6): 1334-1345. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953607006776>
36. Corona Miranda B, Bonet Gorbea M, García Roche R, Varona Pérez P, Hernández Sánchez M, Alonso Sagel K. Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2016 [Citado 16 de abril de 2021]; 54(2):10p. Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/94>.
37. Bastida-González R, Valdez-Molina J, Valor-Segura I, Arratia-López N, Rivera-Aragón S. Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Rev Argentina de Clínica Psicológica*. 2017 [Citado 16 de abril de 2021]; XXVI(1):95-102. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281950399009>.
38. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *CadSaúde Pública*. 2020 [Citado 16 de abril de 2021]; 36(4):e00054020. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-



311X2020000405013&lng=en DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>.

39. Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Ment.* 2015 [Citado 16 de abril de 2021];38(1):53-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es.
40. Muñoz Zambrano C, Rumie Díaz H, Torres Gómez G, Villarroel J. Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Cienc. enferm.* 2015 [Citado 16 de abril de 2021];21(1):45-53. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100005&lng=es. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005>.
41. RED2RED Consultores. Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Confederación Salud Mental España 2015 [Citado 16 de abril de 2021]:112p. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>.
42. Campero L, De Montis J, González R. Estrés laboral en el personal de Enfermería de Alto Riesgo. 2013 [Citado 4 de agosto de 2021]. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5761/campero-lourdes.pdf.
43. Miranda Pedroso R, y Murguía Izquierdo ED. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas.* 2021 [Citado 4 de agosto de 2021];8(1):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>.
44. Organización Mundial de la Salud. Salud mental en las emergencias. OMS. 2019 [Citado 16 de abril de 2021]. Disponible en:



<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>.

45. Amable M, Benach J, González S. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: concepto y resultados preliminares de un estudio multimétodos. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. 2001 [Citado 4 de agosto de 2021]; 4(4):169-184. Disponible en: https://archivosdeprevencion.eu/view_document.php?tpd=2&i=1281.
46. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de estratificación del nivel socioeconómico. INEC. 2011 [Citado 1 de abril de 2021];(): Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Estratificacion_Nivel_Socioeconomico/Cuestionario_Estratificacion.pdf
47. Hamilton M. A rating scale for depression. J NeurolNeurosurgPsychiatry. 1960 [Citado 1 de abril de 2021]; 23(1):56-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14399272/>. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56.
48. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J MedPsychol. 1959 [Citado 1 de abril de 2021]; 32(1):50-5. Disponible en: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.
49. NICE guidance. Depression: management of depression in primary and secondary care. 2004 [Citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG23>.
50. Pazmiño-Eraza EE, et al. Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2021 [Citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745021000317>.
51. Peñafiel-León JE, Ramírez-Coronel AA, Mesa-Cano IC, Martínez-Suárez PC. Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. AVFT. 2021 [Citado 1 de septiembre de 2021]; 40(3):203-211. Disponible en:



https://www.revistaavft.com/images/revistas/2021/avft_3_2021/1_impacto_psicologico_resiliencia.pdf

52. Restrepo-Martínez M, Escobar M, Marín LA, Restrepo D. Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2021 [Citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021000378>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.02.001>
53. Appel AP, Carvalho ARDS, Santos RPD. Prevalence and factors associated with anxiety, depression and stress in a nursing team COVID-19. 2021 [Citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2199>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200403>.
54. Arias E. Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. *Psicol Clínica*. 2019 [Citado 1 de julio de 2021];3(25):71–89. Disponible en: https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol1_2021_impacto_psicologico.pdf.
55. Lin C-Y, Lin Y-L. Anxiety and depression of general population in the early phase of COVID-19 pandemic: A systematic review of cross-sectional studies. *ArchClinPsychiatry*. 2020 [Citado 1 de julio de 2021]; 47(6):199–208. Disponible en: <https://www.archivespsy.com/article/47-6/anxiety-and-depression-of-general-population-in-the-early-phase-of-covid-19-pandemic-a-systematic-review-of-cross-sectional-studies/>.
56. Santos KMRD, Galvão MHR, Gomes SM, Souza TAD, Medeiros ADA, Barbosa I. R. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. *Escola Anna Nery*. 2021 [Citado 1 de julio de 2021]; 25. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DfmDPNnHcwnVymcDsHDc6hp/?lang=pt>.



57. Villalba-Arias J, Estigarríbia G, Bogado JA, Méndez J, Toledo S, González I, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic among healthcare workers in Paraguay: A descriptive and preliminary study. *Medicina Clínica y Social*. 2020 [Citado 1 de julio de 2021];4(3):93-97. Disponible en: <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/156>. DOI: <https://doi.org/10.52379/mcs.v4i3.156>



CAPITULO IX

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario sociodemográfico

Variable.	Indicador	Escala
• Edad	Edad en años cumplidos	Menor de 18 años 18-24 años 25-34 años 35-44 años 45-54 años 55-64 años 65 años y más
• Sexo	Características sexuales. Como se identifica.	Femenino Masculino
• Instrucción	Título académico obtenido, y/o último año escolar cursado.	Ninguno Primaria cuando ha terminado el 10mo año de escolaridad. Secundaria aprobado los 3 años posteriores al básico. Tercer nivel con título universitario Cuarto nivel o postgrado Otro Especifique
• Estado civil	Según lo establecido en el documento de identidad	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Unión de hecho Otro especifique
• Residencia	Zona según uso del suelo	Urbano Rural



<ul style="list-style-type: none">• Auto identificación Étnica	Etnia con la que se identifica el encuestado, o grupo étnico a que pertenece	Blanca Negra Mestiza Indígena Otro especifique
<ul style="list-style-type: none">• Profesión	Cargo que ocupa	Médico especialista Médico general en funciones hospitalarias Medico postgradista Enfermero Auxiliar enfermería Interno de medicina Interno de enfermería Auxiliar de servicios Camillero Otros especifique
<ul style="list-style-type: none">• Tiempo que labora en la institución	Años de trabajo en la institución.	Menor a 1 año 1 – 5años 6 – 10años 11 – 15años Mayor de 15 años
<ul style="list-style-type: none">• Tiempo que labora en el área	Años de trabajo en el servicio.	Menor a 1 año 1 – 5años 6 – 10años 11 – 15años Mayor de 15 años
<ul style="list-style-type: none">• Tipo de Contratación Laboral	Tipo de contratación.	Contrato indefinido Contrato temporal Por obra o servicio Eventual De interinidad De relevo



Anexo 2. Encuesta de estratificación del Nivel Socioeconómico



Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38
Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35



3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0



Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

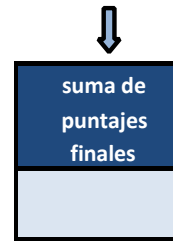
Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17



Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845,1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696,1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535,1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316,1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos





Anexo 3. Escala de ansiedad y depresión de Hamilton

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p>	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4
<p>Sentimientos de culpa</p>	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4



<p style="text-align: center;">Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none">- 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)	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p style="text-align: center;">Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none">- No tiene dificultad- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p style="text-align: center;">Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p style="text-align: center;">Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad	<p>0</p> <p>1</p>



<ul style="list-style-type: none">- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
<p>Trabajo y actividades</p>	0
<ul style="list-style-type: none">- 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.	1 2 3 4
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p>	0
<ul style="list-style-type: none">- Palabra y pensamiento normales- Ligeró retraso en el habla- Evidente retraso en el habla- Dificultad para expresarse- Incapacidad para expresarse	1 2 3 4



Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Ansiedad psíquica	
	0
- No hay dificultad	1
- Tensión subjetiva e irritabilidad	2
- Preocupación por pequeñas cosas	3
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	4
- Expresa sus temores sin que le pregunten	
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
	0
- Ausente	1
- Ligera	2
- Moderada	3
- Severa	4
- Incapacitante	



<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none">- Ninguno- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none">- Ninguno- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p style="text-align: center;">Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Débil- Grave	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p style="text-align: center;">Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Preocupado de sí mismo (corporalmente)- Preocupado por su salud- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>



Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
	0
- Se da cuenta que está deprimido y enfermo	1
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	2
- No se da cuenta que está enfermo	3