



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Castañeda Aguilera, Enrique; García de Alba García, Javier E.
Depresión en el personal sanitario femenino y el análisis de los factores de riesgos sociodemográficos
y laborales
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 40, núm. 3, julio-septiembre, 2011, pp. 420-432
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622315004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Depresión en el personal sanitario femenino y el análisis de los factores de riesgos sociodemográficos y laborales

Enrique Castañeda Aguilera¹
Javier E. García de Alba García²

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en el personal sanitario femenino y analizar los factores de riesgo sociodemográficos y laborales. *Métodos:* Estudio observacional, descriptivo y transversal, con 190 mujeres del Instituto Mexicano del Seguro Social, a quienes se les aplicó una ficha de identificación y el cuestionario clínico de diagnóstico para cuadros depresivos. *Resultados:* La tasa de respuesta fue del 86,0%. El 52,2% tenía más de 40 años de edad; el 61,0%, pareja estable; el 75,3%, hijos, y el 51,5%, nivel de escolaridad mayor a 12 años. El 71,0% mostró una antigüedad institucional mayor de 10 años y el 56,3% reveló una antigüedad en el puesto de actual menor a 10 años; predominaron el turno vespertino en el 52,1%, la contratación de base en el 90,0% y el no tener otro trabajo en el 8,6%. Se detectó depresión en 18,9%; 9,5% presentó reacción de ansiedad; 8,4%, depresión moderada, y 1,1%, depresión severa. No hubo diferencias significativas en las variables socio-demográficas y laborales, a excepción de tener pareja estable, antigüedad institucional mayor de 10 años, trabajar solamente en la institución, tabaquismo y alcoholismo negativos. *Conclusiones:* La depresión presentó una prevalencia del 18,9%. Los factores de riesgo fueron: ser trabajadora social, mayor de 40 años, con pareja estable y con menos de 15 años con ella, tener hijos, escolaridad mayor de 12 años, con más de 10 años de antigüedad institucional y en el puesto actual de trabajo, turno matutino, contratación de base y no tener otro trabajo aparte del institucional.

Palabras clave: Depresión, personal sanitario, factores de riesgo, mujer.

Title: Depression in Female Healthcare Workers and Analysis of Socio-demographic and Work-related Risk Factors.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of depression in women healthcare workers and to analyze the socio-demographic and work-related risk factors. *Material and methods:* This is

¹ Doctor en Ciencias de la Salud en el Trabajo Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud (U.I.S.E.S.S.), Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.). Guadalajara, México.

² Doctor en Antropología. Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud (U.I.S.E.S.S.), Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.). Guadalajara, México.

an observational, descriptive, and transversal study. 190 female healthcare workers of the Mexican Social Security Institute were assessed by an identification form and a self-administered diagnostic clinical questionnaire of depressive symptoms. *Results:* The response rate was 86.0%. All were women, 52.2% were over 40 years old, 61.0% had a steady partner, and 75.3% reported having children. 51.5% had more than 12 years of schooling 71.0% had been at the institution over 10 years, and 56.3% had been at their current position for less than 10 years. 52.1% had the afternoon shift, 90.0% were hired directly, and 8.6% had no other job outside the institution. Depression was detected in 18.9% of the women. 9.5% had anxiety reactions, 8.4% moderate depression, and 1.1% severe depression. There were no significant differences according to socio-demographic and work-related variables, except for having a stable partner, being at the institution for more than 10 years, working only at the institution, and non-use of tobacco and alcohol. *Conclusions:* Depression showed a prevalence of 18.9%. Risk factors were being a social worker, being more than 40 years old, having a stable partner for less than 15 years, having children, having over 12 years of schooling, working for more than 10 years at the institution in the current position, having the morning shift, being a direct hire employee, and not having another job outside the institution.

Key words: Depression, health care personnel, risk factors, women.

Introducción

La depresión es la patología más común en el campo de la salud mental, por su impacto y trascendencia; en la actualidad, ocupa el cuarto lugar (1990) entre las enfermedades más discapacitantes, y se estima que para el 2020 será la segunda causa

de morbilidad, superada solamente por las cardiopatías (1). Esta se define como el trastorno afectivo que provoca la pérdida de la vitalidad general, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. Es uno de los desórdenes mentales más comunes en el mundo.

En una investigación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), acerca de las políticas y programas de salud mental en los trabajadores de los países industrializados, se muestra que los problemas mentales están en aumento, y que uno de cada diez empleados sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en ocasiones llevan al desempleo y a la hospitalización. En España, un 9,2% de la población está afectada por algún trastorno mental; en Estados Unidos, el 26,3%; en Francia, el 18,4%; en Alemania, el 9,1% (2).

Existen varios estudios realizados sobre depresión en la población en general que reportan una prevalencia del 3% al 5% (3,4); en México, de acuerdo con varios autores, esta varía del 6% al 15% (5-8). En el personal sanitario se presenta con una frecuencia del 10% al 12% en España (9); en el Reino Unido, del 11% (10), y en México del 12% (11) y del 19,8% (12). La prevalencia en los diversos estudios de diferentes países varía de acuerdo con la definición del trastorno en el instrumento, el periodo evaluado y la composición etaria de la muestra.

Los factores asociados con el síndrome depresivo han sido estudiados por Calderón (13) y Mercado (14), como son el sexo, la ocupación y la clase social. En la mayoría de las publicaciones se ha observado una proporción de 2:1 entre mujeres y hombres, en los Estados Unidos (15), en Puerto Rico (16), en México (6) y en otros países occidentales en los que se observó la misma relación; a esto debe sumarse la sospecha que impera en medios científicos de que las mujeres que padecen este trastorno y las que no consultan al especialista son todavía más numerosas.

En otro estudio (17) realizado en México se mostró que la frecuencia de depresión se mantiene de manera consistente en ambos sexos, ya que se incrementa con la edad, con afectación en las mujeres menores de 40 años y mayores de 60, y que conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión.

La descripción y explicación de las diferencias de género se han formulado desde muchos ámbitos (18).

1. *Biomédico*: en el que se incluyen los factores genéticos, hormonales, anatómicos y fisiológicos. Los más importantes son los factores hormonales a los cuales se les ha atribuido cualquier diferencia en la salud de la mujer respecto al hombre, como síndrome premenstrual, depresión posparto y menopausia.
2. *Psicosocial*: con base en diferencias intrapsíquicas e interperso-

nales, al analizar las diferencias entre la personalidad, el afrontamiento, la autoeficacia, en la vivencia de la enfermedad y en la información de sus signos y síntomas.

3. *Epidemiológico*: trata de determinar los factores y condiciones de riesgo.
4. *Social*: allí se analizan los procesos culturales, sociales, económicos y políticos que dan lugar a diferentes riesgos para la salud de mujeres y hombres.

Por su parte, Gaviria (19) agrupó los factores de vulnerabilidad que hacen que la mujer se deprima; estos son:

- Hormonales: están relacionados con el ciclo reproductivo y pueden desempeñar un papel importante y predisponerla a deprimirse (20).
- Genéticos: se han investigado como una explicación para mayores tasas de depresión en ellas (21).
- Ansiedad preexistente: Breslau, Schultz y Peterson (22) han encontrado una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que tienen este trastorno.
- Acontecimientos vitales traumáticos: implica no solo que las enfermedades psiquiátricas son iniciadas y prolongadas por interacciones entre el entorno en el que se desarrollan y del propio individuo, sino que estos

- sucesos modifican dicha interacción (separación de padres, efectos de los abusos físicos y sexuales, fragilidad individual, factores ambientales adversos y episodios de depresión en la niñez y la adolescencia) (23,24).
- Condición social y roles: se alude de asociación entre depresión y situaciones en las que existe una carencia de poder de las mujeres en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales, profesionales y políticas (25).

En la última década se ha manifestado un incremento notable de este trastorno en personas que viven en grandes comunidades urbanas (26). En México se ha observado este fenómeno en las ciudades con más habitantes, las prevalencias más altas en las entidades federativas corresponden a Hidalgo, con el 9,9%; Jalisco, con el 8,2%, y el Estado de México, con el 8,1%; mientras que las más bajas son las observadas en Sonora, con el 2,8%, y Campeche, con el 2,9% (17).

En los últimos años se ha reportado una fuerte relación entre el tabaquismo, la ansiedad y la depresión. Se sabe que las personas con historia de depresión son más susceptibles a fumar (27). También, en un estudio realizado por Caetano y Medina (28) entre la comunidad hispana que vive en la Unión Americana se investigó la relación entre la depresión y el consumo de bebidas alcohólicas, y se encontró que esta

comparación es más frecuente entre mujeres solteras y con bajos ingresos.

Como se puede observar, esta patología constituye un problema con repercusiones sociales que conducen a la persona a disminuir la productividad laboral, altera las relaciones interpersonales y provoca repercusiones en su bienestar general; además, se vincula con el bajo rendimiento laboral, incremento en el número de accidentes de trabajo, altas tasas de incapacidad temporal laboral, así como continuas sustituciones en el personal.

El objetivo del presente trabajo es analizar los factores de riesgo sociodemográficos y laborales en el personal sanitario femenino, relacionados con la depresión y su prevalencia.

Material y métodos

Estudio con diseño observacional, de tipo descriptivo y transversal, de un universo de 220 trabajadoras del sector sanitario adscritas a dos unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la Delegación Jalisco, México, incluyendo a 190 de ellas, que tenían más de un año de antigüedad, se presentaban activas al momento del estudio y aceptaban participar. Se excluyeron a las que no se encontraban ocupando su plaza en el periodo de la aplicación de las encuestas (incapacidad, vacaciones, permisos, etc.), en cuyo caso el cuestionario fue contestado por

el personal sustituto, y los criterios de eliminación se aplicaron a las que no respondieran como mínimo el 80% del cuestionario.

Para acceder a las entrevistadas fue necesario obtener el permiso de las autoridades de las instancias correspondientes, con el fin de llevar a cabo el proyecto. Una vez presentado y aprobado, se explicaron al personal sanitario los motivos y los objetivos del estudio, se obtuvo su autorización para participar mediante el consentimiento informado verbal, haciendo énfasis en que la aplicación sería de carácter anónimo y voluntario, que no conllevaba riesgo alguno, con lo cual se aplicó en las instalaciones de las clínicas.

Se utilizó la ficha de identificación de las variables sociodemográficas y laborales, y el cuestionario clínico diagnóstico para cuadros depresivos de Calderón Narváez (29). Diseñado para adultos y la población en general, validado en México por Morales, Ocampo, De la Mora y Alvarado (30), y en el cual, al igual que en casi todas las escalas, se incluyen los 20 síntomas más frecuentes de depresión, de acuerdo con nuestra realidad sociocultural mexicana. La calificación se da al anotarle un puntaje a cada síntoma en una escala del 1 al 4; así, se obtiene una puntuación mínima de 20 y una máxima de 80. Y se valora de acuerdo con la tabla de equivalencia del autor (Tabla 1).

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS-

Tabla 1. Valores del 'Cuestionario clínico diagnóstico del síndrome depresivo' (29)

Nivel de identificación	Puntaje
Normal	20 a 35
Reacción de ansiedad	36 a 45
Depresión media	46 a 65
Depresión severa	66 a 80

15.0 y Epi-infoV6.1. Se empleó la estadística descriptiva: frecuencias absolutas, promedios aritméticos y desviación estándar, como porcentajes, medidas de tendencia central y variabilidad; como medida de inferencia se aplicó la χ^2 (con o sin corrección de Yates), y como nivel de significancia, una $p \leq 0,05$.

Resultados

De las 220 encuestas distribuidas, 190 cumplieron con los criterios de estudio y se completaron correctamente, las 30 restantes de eliminaron por no reunir los pautas establecidas; se obtuvo un porcentaje de respuesta del 86%.

El perfil sociodemográfico: todo el grupo que participó en la investigación fueron mujeres, con una edad media de $39,2 \pm 7,4$ años, el grupo de edad mayor a 40 años predominó, con el 52,2% ($p < 0,05$). El 61% ($p < 0,05$) vivía con pareja estable, el tiempo promedio con esta fue de $14,2 \pm 6,2$ años; el 53,5% ($p < 0,05$) tenía más de 15 años con ella; el 75,3%

($p < 0,05$) manifestó tener hijos. El 51,5% presentó un nivel de escolaridad mayor de 12 años ($p < 0,05$).

El perfil laboral mostró: antigüedad en la empresa con un promedio de $14,2 \pm 6,8$ años, y en el puesto actual de $9,7 \pm 7,4$ años. El grupo de más de diez años de antigüedad laboral se mostró en el 71% ($p < 0,05$), y en el grupo de menos de diez años de antigüedad en el puesto sobresalió el 56,3%. El 52,1% trabajaba en el turno vespertino y el 47,9%, en el matutino; el 90% tenía puesto de base y el 10% era eventual ($p < 0,05$). El 8,6% tenía otro trabajo aparte del institucional ($p < 0,05$).

Sobre las toxicomanías, se observó que el 81,6% no manifestó adicción al tabaco; el 86,9% no manifestó adicción al alcohol. La depresión se detectó en 36 casos (18,9%), de las cuales, en 18 (9,5%) manifestaron reacción de ansiedad; 16 (8,4%), depresión moderada, y 2 (1,1%), depresión severa. En lo referente al puesto de trabajo, la frecuencia de depresión en las trabajadoras sociales predominó en 4 (36,4%) de ellas y ninguna de las estomatólogas lo manifestaron, como se observa en la Tabla 2.

Posteriormente se caracterizaron dos grupos: uno afectado y otro sin afectar; enseguida se realizó una asociación con cada una de las variables sociodemográficas, laborales y toxicomanías. En la Tabla 3 se observa que tener pareja estable, más de diez años de antigüedad en la institución

y no tener otro trabajo aparte del institucional, así como no presentar adicciones al tabaco y al alcohol, se asociaron como variables de riesgo, con la presencia de depresión.

Discusión

La depresión es sumamente importante en el campo de la salud mental, por sus repercusiones, que tienen trascendencia en el individuo y su ambiente (conyugal, familiar, social, sanitario y laboral), donde pueden crearse condiciones que aumenten la predisposición depresiva del individuo. Es uno de los problemas de salud mental más frecuente en mujeres. Excepto en la infancia, en que no se dan diferencias en las tasas de depresión entre niños y niñas, o son estos los que las tienen más altas, se ha encontrado que las mujeres presentan mayor depresión a lo largo de su ciclo vital, que surge en la adolescencia y aumenta en la vida adulta (31).

Las principales limitantes del trabajo están relacionadas con su diseño transversal y con algunos atributos del instrumento de recolección de datos utilizado, el cuestionario estructurado, que reduce las respuestas obtenidas de los sujetos de estudio a las opciones empleadas que limitan la explicación o profundización del tema investigado. Otras posibilidades fueron: el sesgo de memoria y la reserva individual, por temor a que la información otorgada se usara de forma negativa. El primer aspecto se solventó al usar cuestio-

Tabla 2. Relación del personal sanitario femenino de acuerdo con su puesto de trabajo, con la presencia o ausencia de depresión, de Guadalajara, México ($n = 190$)

Puesto de trabajo	Depresión						Total
	No # (%)	Sí # (%)	Sí				
			Reacción de ansiedad	Moderada	Severa		
Médico familiar	24 (72,7)	9 (27,3)	4	4	1	33	
Personal asistencial	69 (80,2)	17 (19,8)	10	7	0	86	
Estomatólogas	10 (100,0)	0 (0,0)	0	0	0	10	
Enfermera general	16 (75,0)	4 (25,0)	2	1	1	20	
Trabajadoras sociales	7 (63,6)	4 (36,4)	1	3	0	11	
Personal administrativo	28 (92,9)	2 (7,1)	1	1	0	30	
Total	154 (81,1)	36 (18,9)	18	16	2	190	

narios validados, en el segundo se trató de evitar mediante el uso de preguntas concretas y objetivas, y el tercero, al asegurar el anonimato de las informantes.

La relevancia del escrito (si bien no es comparativo) reside en que el conocimiento obtenido evidencia la importante afectación de la salud mental de la mujer profesionista, aspecto que tradicionalmente se había considerado de una magnitud baja, y por lo tanto, no se había considerado para el desarrollo de políticas de salud institucionales.

En nuestro trabajo, la prevalencia de depresión fue del 18,9%. Nos

ubica por encima de los estudios realizados en la población en general por otros autores (3-8,32,33). Y también por los efectuados en el personal sanitario (9-11). Y por debajo de ellos, los efectuados por García de Alba *et al.*, en el 2011 (12); Díaz *et al.*, en el 2007 (34), y Díaz *et al.*, en el 2004 (35).

Toda la población estudiada en nuestra investigación fue del sexo femenino; aunque como grupo las mujeres tienen más sintomatología depresiva que los hombres, estas diferencias se dan en función de las variables sociales, laborales y estructurales (6,15,16,30,33,34,36,37).

Tabla 3. Relación de las variables sociodemográficas, laborales y toxicomanías con la presencia o ausencia de depresión en el personal sanitario femenino de Guadalajara, México ($n = 190$)

Variables analizadas		Depresión		Valor de la prueba	Valor de p	Observaciones	
		Sí # (%)	No # (%)				
Total		36 (18,9)	154 (81,1)				
Perfil sociodemográfico	Grupo de edad	< De 40 años	17 (8,9)	74 (38,9)	C. de Yates* 0,01	0,92	No significativa
		> De 40 años	19 (10,0)	80 (42,2)			
	Estado civil	Con pareja estable	28 (14,7)	88 (46,3)	C. de Yates* 4,39	0,03	Significativa
		Sin pareja estable	8 (4,3)	66 (34,7)			
	Tiempo con pareja estable	< de 15 años	15 (12,9)	39 (33,6)	C. de Yates* 0,41	0,52	No significativa
		> de 15 años	13 (11,3)	49 (42,2)			
	Hijos	No	5 (2,6)	42 (22,1)	C. de Yates* 2,13	0,14	No significativa
		Si	31 (16,3)	112 (59,0)			
	Escolaridad	< de 12 años	14 (7,4)	78 (41,1)	C. de Yates* 1,18	0,27	No significativa
		> de 12 años	22 (11,5)	76 (40,0)			
Perfil laboral	Antigüedad en la institución	< de 10 años	5 (2,6)	50 (26,4)	C. de Yates* 4,04	0,04	Significativa
		> de 10 años	31 (16,3)	104 (54,7)			
	Antigüedad en el puesto actual de trabajo	< de 10 años	16 (8,4)	91 (47,9)	C. de Yates* 1,98	0,15	No significativa
		> de 10 años	20 (10,5)	63 (33,2)			
	Turno de trabajo	Matutino	19 (10,0)	72 (37,9)	C. de Yates* 0,22	0,64	No significativa
		Vespertino	17 (8,9)	82 (43,2)			
	Tipo de contratación	Base	33 (17,4)	138 (72,6)	P. exacta de Fisher**	0,46	No significativa
		Eventual	3 (1,6)	16 (8,4)			
	Tiene otro trabajo aparte del institucional	Sí	9 (4,7)	15 (7,9)	P. exacta de Fisher**	0,01	Significativa
		No	27 (14,2)	139 (73,2)			
Toxicomanías	Tabaquismo	Sí	13 (6,8)	22 (11,6)	C. de Yates* 7,85	0,002	Significativa
		No	23 (12,1)	132 (69,5)			
	Alcoholismo	Sí	13 (6,8)	12 (6,3%)	P. exacta de Fisher**	0,00005	Significativa
		No	23 (12,1)	142 (74,8)			

* χ^2 con corrección de Yates.

** Prueba exacta de Fisher.

Nivel de significación estadística $p \leq 0,05$.

Fuente: elaboración propia.

Se menciona, desde la perspectiva psicosocial, que la mayor vulnerabilidad femenina se deriva de condicionantes relacionados con el menor estatus y poder, así como la interiorización de expectativas referentes a los roles femeninos tradicionales, al considerarlos, en ocasiones, como norma esperada y valorada (38).

Mirowsky (39) encontró que las diferencias en depresión en función del género aumentaban en la edad adulta, cuando experimentan más diferencias en su estatus, pese a los cambios que las mujeres presentan en sus vidas, que continúan con desigualdades en salario, poder y autonomía, en casa y en el trabajo, así como en las responsabilidades familiares y del cuidado del hogar, lo que explicaría que persistan las diferencias de depresión en función del género.

A pesar de todo, las mujeres continúan teniendo mayores tasas de pobreza (no tan solo económica, sino social, cultural, política, etc.), lo cual las hace depender más del apoyo material y emocional de su red social, lo que puede generar mayores situaciones de riesgo para problemas mentales (40).

Por ello, los factores psicosociales en el trabajo son inherentes al género y aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la depresión, que a su vez afecta su calidad de vida personal, familiar y laboral, por lo cual la alta prevalencia encontrada en nuestro estudio y en otros países sugiere una

sinergia aditiva entre el género y el trabajo; quizás ello se debe al rol que desempeña la mujer como madre, ama de casa y trabajadora (19).

Para contextualizar nuestro estudio se realizó una amplia revisión sobre la prevalencia de depresión en mujeres de diversos países (Tabla 4), que evidenció la amplia variabilidad en la frecuencia de este trastorno, situación que a su vez manifiesta el carácter complejo de dicha patología.

La edad también fue analizada; el mayor número de casos se presentó en el grupo de mayores de 40 años, que se ajusta a la literatura médica revisada (12,35). Ello no coincide con otros autores (17,34,41,42), en que predominaron las personas menores de 40 años. Duque (43) encontró la misma proporción en ambos grupos de edad.

Matud *et al.* (44), en España, señalan que las diferencias de género en depresión se maximizan a partir de los 34 años, en las mujeres que tenían hijos, sobre todo en las casadas o divorciadas. Sin embargo, a diferencia de nuestro estudio, las asocian con bajos niveles de estudio y trabajos manuales.

Lo anterior apunta a que la depresión en el género femenino está fuertemente afectada por los factores estructurales y sociales, más que por los biológicos (45). Tener pareja estable se mostró con mayor frecuencia en nuestro estudio en forma estadísticamente significativa, que coincide con las investigaciones de

Tabla 4. Prevalencia de depresión, según diversos países y/o autores, en mujeres

País y/o autores	Prevalencia de depresión en mujeres (%)
Taiwán	1,8
Corea	3,8
México (37)	4,1
México (33)	5,8
Argentina	6,0
Estados Unidos (15)	6,3
Puerto Rico (16)	6,3
Estados Unidos	7,4
Chile	8,0
México (6)	10,0
Colombia	10,2
Canadá	12,3
Cuba (34)	12,9
Alemania	13,5
Brasil	14,5
Nueva Zelanda	15,5
Italia	18,1
México (Castañeda y García de Alba, 2011)*	18,9
México (12)	19,8
Francia	21,9
Líbano	23,1

* Resultados del presente estudio.

Fuente: adaptado de Waissman *et al.* (36).

García de Alba *et al.*, en el 2011 (12); Díaz *et al.*, en el 2007 (34), y Díaz *et al.*, en el 2004 (35). Quizá ello se deba al rol que desempeña la mujer en lo familiar (atender a los hijos), en

el hogar (realizar labores domésticas) y en el trabajo (por la carga laboral como profesionistas activas), cuando las mujeres están más inmersas en los roles profesionales y familiares, aspecto que parece desfavorecer a nuestras profesionistas, en una sociedad de consumo en la que la producción de servicios se mide más en términos cuantitativos que cualitativos; aunque en otros estudios prevaleció no tener pareja estable (11,41,44).

Tener hijos predominó en nuestra investigación y concuerda con los estudios realizados por García de Alba *et al.* (12) y Matud *et al.* (44). La escolaridad que sobresalió fue la mayor de 12 años, que concuerda con el estudio de Duque (43); no obstante, para los autores Mudgal *et al.* (11), García de Alba *et al.* (12), Bello *et al.* (33), Díaz *et al.* (35), Gilmour y Patten (41), y Matud *et al.* (44) mostraron la mayor frecuencia en el nivel de menores de 12 años; sin embargo, Bello *et al.* (33) concluyeron que conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión.

La antigüedad institucional de más de diez años preponderó en forma estadísticamente significativa; esto es proporcional a los estudios realizados por García de Alba *et al.* (12) y Díaz *et al.* (35), pero difiere por el realizado por Duque (43), en el que predominó la antigüedad menor a diez años. La antigüedad en el puesto actual de trabajo se destacó entre aquellos que llevan más de diez años

lo cual difiere del estudio efectuado por García de Alba *et al.* (12), en el cual se mostró en quienes llevan menos de 10 años. En lo referente al turno laboral, resaltó el matutino, que varía de la investigación realizada por García de Alba *et al.* (12), en que sobresalió el vespertino.

Estar contratado en forma definitiva se presentó con mayor frecuencia en nuestra investigación, que coincide con los estudios realizados por García de Alba *et al.* (12) y Duque (43). Trabajar solamente en la institución predominó en nuestro estudio, lo cual fue estadísticamente significativo, coincidiendo con lo realizado por García de Alba *et al.* (12). En lo referente a los hábitos toxicológicos, en la mayoría de los estudios (34,35,43) prevalece el consumo de alcohol, pero en nuestra investigación destacó el no consumirlo en forma estadísticamente significativa.

No fumar se presentó con mayor frecuencia en nuestro estudio y en forma estadísticamente significativa, lo que coincide con otras investigaciones (12,34,35). Se sabe que las mujeres fumadoras tienen el doble de probabilidades de padecer depresión que las no fumadoras. Además, las que consumen más de una cajetilla al día tienen tres veces más de probabilidad de presentar este trastorno (27,46).

Respecto a tener pareja estable, antigüedad mayor de diez años, no tener otro trabajo aparte del institucional, no fumar y no tomar bebidas alcohólicas encontrados en nuestro

estudio, como factores asociados significativamente con la depresión y con *odds ratio* (OR): no podemos afirmar si realmente son causa o efecto, por el tipo de estudio transversal.

De las variables encontradas en nuestra investigación, como son el grupo de edad mayores de 40 años, tener hijos, escolaridad mayor a los 12 años, antigüedad en el puesto actual de trabajo mayor de diez años, turno matutino y la contratación de base, aunque manifestaron ser mayoritarias en el perfil sociodemográfico y laboral ($p < 0,05$), estas no se asociaron con una mayor o menor frecuencia de presentar depresión.

Conclusión

La depresión es un problema de salud pública, por la magnitud y trascendencia que representa; detectar su ocurrencia, junto con los factores de riesgo asociados, contribuirá para que se realicen acciones y políticas para incidir en ella.

La depresión en mujeres del área de la salud presentó una prevalencia del 18,9%. Los factores de riesgo encontrados fueron: ser trabajadora social, el grupo de edad mayor de 40 años, con pareja estable y con menos de 15 años con ella, tener hijos, escolaridad mayor de 12 años, con más de 10 años de antigüedad institucional y en el puesto actual de trabajo, turno matutino, contratación de base y no tener otro trabajo aparte del institucional. El tabaquismo y el alcoholismo negativos.

Referencias

- Murray L, Lopez D. *The Global Burden of Disease*. Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank: Harvard University Press; 1996.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). *S.O.S. estrés en el trabajo: aumentan los costes del estrés en el trabajo y la incidencia de la depresión es cada vez mayor*. Revista de la OIT. 2000;37.
- Sartorius N. Epidemiology of depression. *WHO Chronicle*. 1975;29:423-7.
- Thornicroft G, Sartorius N. The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders. *Psychol Med*. 1993;23:1023-32.
- Medina M, Borges G, Lara C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment*. 2003;26:1-16.
- Caraveo J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Ment*. 1999;22:7-17.
- Calderón G, Díaz L, Mendoza M, et al. Investigación de la prevalencia de la depresión en una comunidad de Tlalpan. *Médico Moderno*. 1983;9:197-211.
- Mariño M, Medina M. Sintomatología depresiva en estudiantes. *La Psicología Social en México*. 1994;5:181-6.
- Mingote J. Depresión, ansiedad, stress más frecuente en médicas que en médicos [internet]. 2007 [citado: 15 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.intramed.net/45091>.
- Sheppard M. Depression in the work of British health visitors: clinical facets. *Social Science & Medicine*. 1996;43:1637-48.
- Mudgal J, Guimarães G, Díaz J, et al. Depression among health workers: the role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. *Salud Mental*. 2006;29:1-8.
- García de Alba J, Castañeda E, Pando M, et al. Depresión en asistentes médicas: análisis de los factores de riesgo sociolaborales. *Psicología y Salud*. 2011;21:73-8.
- Calderón G. Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas; 1984. p. 73-85.
- Mercado J, Padilla S, Luna F. Frecuencia y factores de riesgo de trastornos emocionales en una población de consulta externa. *Psiquiatría*. 1988;3:219-23.
- Karno M, Hough L, Burnam A, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and Non-Hispanic whites in los Angeles. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:695-701.
- Canino J, Bird R, Shrout E, et al. The prevalence of psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:727-35.
- Gasto C, Vallejo J, Menchón J. *Depresiones Crónicas*. España: Ediciones Doyma; 1993.
- Kawachi I, Kennedy B, Gupta V, et al. Women's status and the health of women and men: a view from the States. *Soc Sci Med*. 1999;48:21-32.
- Gaviria S. ¿Porqué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Rev Colomb Psiquiatr*. 2009;38:316-24.
- Checkley S. The neuroendocrinology of depression and chronic stress. *Br Med Bull*. 1996;52:597-617.
- Kendler K, Prescott C. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:39-44.
- Breslau N, Schultz L, Peterson E. Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Res*. 1995;58:1-12.
- Weiss L, Longhurst G, Mazure M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 1999;156:816-28.
- Kendler S, Neale C, Kessler C, et al. Major depression and phobias: the genetic and environmental sources of comorbidity. *Psychol Med*. 1993;23:361-71.
- Stewart D. La salud mental de las mujeres en el mundo. En: Correa E, Jadresic E. (editores). *Psicopatología de la mujer*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2005. s. p.
- López E, Medina M, Villatoro J, et al. La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultado

- de una encuesta en la población estudiantil. *Salud Mental*. 1995;18:24-32.
27. Coutiño A, Medina M. Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*. 2000;31:409-15.
28. Caetano R, Mora ME. Acculturación and drinking among people of Mexican descent in Mexico and United States. *J Stud Alcohol*. 1988;40:462-71.
29. Calderón G. Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. *Rev Med IMSS*. 1992;30:377-80.
30. Morales M, Ocampo V, de la Mora L, et al. Validez y confiabilidad del cuestionario clínico del síndrome depresivo. *Arch Neurocienc*. 1996;1:11-5.
31. Sweening H, West P. Sex differences in health in ages 11, 13 and 15. *Soc Sci Med*. 2003;36:31-9.
32. Wagner F, Gallo J, Delva J. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública Mex*. 1999;41:189-202.
33. Bello M, Puentes E, Medina M, et al. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex*. 2005;47:54-61.
34. Díaz L, Valdés Y, Quevedo C, et al. Depresión oculta en sujetos que laboran en condiciones complejas. *Rev Cuban Med Milit*. 2007;36 s.p.
35. Díaz C, Ramírez A, Tejada P. Factores condicionantes de depresión en trabajadores metalúrgicos. *An Fac Med*. 2004;65:25-35.
36. Waissman M, Bland M, Canino G, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996;276:293-9.
37. Berenzon S, Medina M, López E, et al. Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. *Revista Mexicana de Psicología*. 1998;15:177-85.
38. Waissman M, Klerman G. Sex differences and the epidemiology of the Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1977;34:98-111.
39. Mirowsky J. Age and gender gap in depression. *J Health Soc Behav*. 1996;37:362-80.
40. Belle D. Poverty and women's mental health. *American Psychologist*. 1990;45:385-9.
41. Gilmour H, Patten S. Depression at work. *Perspectives, Statistics Canada*. 2007;75:19-31.
42. Díaz A. Trastornos del estado de ánimo. Madrid: Editorial Salvat; 2003.
43. Duque A. Factores de riesgo psicosociales, asociados a ansiedad y depresión en los trabajadores administrativos de una Institución educativa en Pereira, 2003. *Investig Andin*. 2005;7:64-8.
44. Matud M, Guerrero K, Matías R. Relevancia de las variables socio-demográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2006;6:7-21.
45. Bebbington P. Sex and depression. *Psychological Med*. 1998;28:1-8.
46. Benjet C, Wagner F, Borges G, et al. The relationship of tobacco smoking with depressive symptomatology in the Third Mexican National Addictions Survey. *Psychological Medicine*. 2004;34:881-8.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 6 de abril del 2011

Aceptado para publicación: 12 de julio del 2011

Correspondencia

Enrique Castañeda Aguilera

Belisario Domínguez No. 1000

Col. Independencia. C. P. 44340 (bajos de la farmacia central)

Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Guadalajara, Jalisco, México

ecastaneda03@hotmail.com