



Universidad del Azuay

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación**

Carrera de Psicología Organizacional

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN UNA
COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO EN LA
CIUDAD DE CUENCA**

Tesis previa a la obtención del título
en Psicología Organizacional

Autora:

Paula Alejandra Serpa Román

Director:

Mgts. Mario Eduardo Moyano Moyano

Cuenca – Ecuador

2020

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo y el esfuerzo que se puso en el mismo, a mis padres y hermano, quienes fueron los pilares fundamentales para que yo pueda cumplir este logro más en mi vida
Paula Serpa

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a la empresa que me abrió sus puertas para realizar el estudio. También, a cada uno de mis profesores por haberme brindado los conocimientos necesarios para lograr este paso tan grande. Y, por último, un gran agradecimiento a mi director Mgts. Mario Moyano, que estuvo siempre pendiente de que el producto final fuera el mejor.

RESUMEN

La depresión es un trastorno mental que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial y es considerada la primera causa de discapacidad. Dentro del ámbito del trabajo constituye una de las iniciales fuentes de bajo rendimiento, absentismo y accidentes laborales. Este estudio tiene como objetivo principal medir la prevalencia del trastorno depresivo en una cooperativa de ahorro y crédito en la ciudad de Cuenca. La investigación tiene un enfoque experimental, cuantitativo y relacional, para lo cual se utilizó una encuesta que consta de tres partes: datos sociodemográficos, relación laboral con el COVID-19 y el Inventario de Sintomatología Depresiva. La encuesta se aplicó a 80 trabajadores y dio como resultado un bajo porcentaje de casos severos. Además, se obtuvo una prevalencia del 68.75%, con respecto a los trabajadores encuestados, demostrando que el trastorno depresivo abarca a la mayoría de los empleados, lo cual repercute en su desempeño laboral.

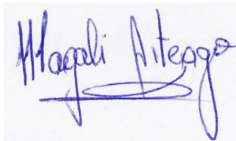
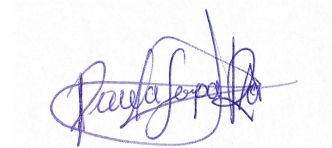
Palabras clave: Depresión, prevalencia, rendimiento laboral

ABSTRACT

Depression is a mental disorder that affects more than 300 million people worldwide and is considered the leading cause of disability. Within the labor sphere, it constitutes an initial source of low performance, absenteeism, and workplace injuries. The main objective of this study was to measure the prevalence of depressive disorder in a savings and loan cooperative in Cuenca. The research had an experimental, quantitative, and relational approach. A survey consisting of three parts was used: sociodemographic data, employment relationship with COVID-19, and the inventory of depressive symptoms. The survey was applied to 80 workers and showed a low percentage of severe cases. In addition, a prevalence of 68.75% was obtained in regard to the workers surveyed. This demonstrated that depressive disorder affects the majority of employees and thus impacts job performance.

Keywords: Depression, prevalence, job performance

Translated by

A handwritten signature in blue ink that reads "Maceli Aiteaga". The signature is written in a cursive style with a horizontal line underneath.A handwritten signature in blue ink that reads "Paula Serpa". The signature is written in a cursive style with a large loop at the end.

Paula Serpa

ÍNDICE

Índice de contenido

DEDICATORIA.....	<i>I</i>
AGRADECIMIENTO.....	<i>II</i>
RESUMEN.....	<i>III</i>
ABSTRACT.....	<i>IV</i>
INTRODUCCIÓN.....	<i>1</i>
CAPÍTULO 1.....	<i>3</i>
1.MARCO TEÓRICO.....	<i>3</i>
1.1 Definiciones sobre el trastorno depresivo.....	<i>3</i>
1.1.1 Diferencias entre tristeza normal y depresión.....	<i>4</i>
1.2 Etiología de los trastornos depresivos.....	<i>5</i>
1.2.1 Etiología biológica.....	<i>5</i>
1.2.2 Etiología psicológica y social.....	<i>6</i>
1.3 Síntomas de un Trastorno depresivo.....	<i>8</i>
1.3.1 Síndrome Somático.....	<i>10</i>
1.4 Tipos de Trastornos Depresivos.....	<i>11</i>
1.4.1 Trastorno de depresión mayor:.....	<i>11</i>
1.4.2 Trastorno depresivo persistente (distimia).....	<i>12</i>
1.4.3 Trastorno disfórico premenstrual.....	<i>13</i>
1.4.4 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:.....	<i>14</i>
1.4.5 Episodio depresivo moderado.....	<i>15</i>
1.4.6 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.....	<i>15</i>
1.5 Diagnóstico para el trastorno depresivo.....	<i>16</i>
1.6 Escalas para medir la depresión.....	<i>16</i>
1.6.1 Beck Depression Inventory.....	<i>17</i>
1.6.2 Hamilton Rating Scale for Depression.....	<i>18</i>
1.6.3 Montgomery Asberg Depression Rating Scale.....	<i>19</i>
1.6.4 Inventario de Sintomatología Depresiva auto-aplicado.....	<i>19</i>
1.7 La actividad laboral y su influencia en el estado de ánimo depresivo.....	<i>20</i>
Conclusiones.....	<i>24</i>
CAPÍTULO 2.....	<i>25</i>

2. METODOLOGÍA.....	25
2.1 Tipo de investigación	25
2.4 Instrumentos	26
2.4.1 Inventario a utilizar: IDS.....	26
Validez.....	27
Fiabilidad	28
2.4.2 Ficha sociodemográfica.....	29
2.5 Procedimiento	29
CAPÍTULO 3.....	31
3. ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
3.1 Aplicación Encuesta para obtención de datos	31
3. 2 Datos sociodemográficos.....	32
3.3 Datos laborales.....	33
3.4 Datos sobre pandemia actual COVID-19.....	33
3.5 Inventario de Sintomatología Depresiva Auto-aplicado ISD-SR	34
3.5 Relación de datos sociodemográficos con relación al inventario	34
3.6 Relación preguntas Covid-19 con Inventario IDS-SR.....	38
3.7 Socialización.....	40
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	48
ANEXOS	52
Anexo 1: Diseño de tesis.....	52
Anexo 2: Datos sociodemográficos: encuesta	65
Anexo 3: Inventario de Sintomatología Depresiva auto aplicado	66
Anexo 4: Permiso de la empresa para realizar el estudio.....	71
Anexo 5: Constancia de socialización a la empresa	72

Índice de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1: Aspectos para diferenciar entre tristeza y depresión	4
Tabla 2: Interpretación de puntajes	27
Tabla 3: Variables sociodemográficas.....	32
Tabla 4: Variables laborales.....	33

Tabla 5: Evaluación sobre la pandemia actual COVID.....	33
---	----

Figuras

Figura 1: Niveles de depresión del Inventario de Sintomatología Depresiva.....	34
Figura 2: Niveles de depresión según la variable “sexo”	35
Figura 3: Niveles de depresión según la variable “edad”	35
Figura 4: Niveles de depresión según la variable “estado civil”.....	35
Figura 5: Niveles de depresión según la variable “estudios”	37
Figura 6: Niveles de depresión según la variable “departamento”	37
Figura 7: Niveles de depresión segariable “contrato”	38
Figura 8: Niveles de depresión en relación a la Pregunta 1 sobre COVID	39
Figura 9: Niveles de depresión en relación a la Pregunta 2 sobre COVID	40

INTRODUCCIÓN

Dentro de la atención primaria a nivel mundial, la depresión es una de las causas más frecuentes de consulta. Aunque pareciera que la psicoterapia y el uso de fármacos no generan la ayuda ni el impacto necesario, es por esta razón que es inexcusable modificar el pensamiento de la sociedad y pensar si realmente los pacientes están obteniendo ayuda con las medidas de abordaje actual para los trastornos depresivos (OMS, 2020).

El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia del trastorno depresivo en una Cooperativa de ahorro y crédito de la ciudad de Cuenca, recolectando así sus datos sociodemográficos en conjunto con aplicación del Inventario de Sintomatología Depresiva auto aplicable.

La importancia de manejar y detectar de manera temprana cualquier tipo de trastorno del estado de ánimo es fundamental para que nuestra sociedad pueda desenvolverse de una manera equilibrada. La OMS establece que un trastorno mental común ha tenido un impacto en más de 264 millones de personas alrededor del mundo, siendo la depresión uno de los principales trastornos que generan discapacidad. Los efectos de la depresión pueden ser a largo o corto plazo y genera problemas para poder desenvolverse de una manera funcional y lograr una vida gratificante (Organización Mundial de la Salud, 2020) Por otro lado, en una visión más centrada a nuestro país se calcula la existencia del 4.4% de prevalencia en lo que respecta a un Trastorno depresivo a nivel mundial, la cual desentona con un 5.6% de desórdenes depresivos en el Ecuador (Balseca & Serrano, 2018).

La depresión se presenta como una de las principales causas de discapacidad a nivel global, si bien las tasas de prevalencia de depresión no son las mismas en la mayoría de países, los individuos que padecieron de este trastorno son alrededor de 1.868.173 en 2013. Cada episodio depresivo aumenta la posibilidad de una recaída posterior, el 60% de personas que sufrieron un episodio depresivo exteriorizan al menos una recaída a lo largo de su vida (Castellón., et al Saiz, 2016).

En un artículo publicado por los autores Vargas y Sotomayor, en el año 2016, esclarece que las demandas del trabajador están directamente relacionadas por los requerimientos psicológicos del trabajador como consecuencia del rendimiento en sus tareas laborales. Por otro lado, existe la variable del control que precisa los recursos o circunstancias que la empresa ubica a disposición del trabajador para que el mismo pueda poseer autonomía, administración del tiempo, perfeccionamiento de sus habilidades y la mejora de toma de decisiones. Demostrando así que los factores psicosociales que se muestran en el clima de la empresa puede producir un

estrés laboral conduciendo, posteriormente, a la incidencia de trastornos mentales. Por consiguiente, es imprescindible tomar en consideración que las relaciones sanas dentro del lugar de trabajo son un motivador satisfactorio y ofrece recursos para la resolución de inconvenientes que puedan presentarse dentro del ámbito laboral.

Lo que se busca con este trabajo de investigación es demostrar la importancia de implementar medios de ayuda y de diagnóstico para personas que presenten síntomas depresivos dentro de cualquier organización, empresa o negocio, pues si bien estas sociedades son un conjunto de individuos que a causa de las exigencias tanto laborales como en su ámbito familiar, pueden empezar a desarrollar o exteriorizar problemas en su rendimiento, asistencia y comodidad al momento de ejercer su puesto.

Dentro de este estudio, en un primer momento, se desenvolverá de manera concisa y clara la parte conceptual ligada con el Trastorno depresivo, su clasificación, los tipos de diagnóstico, Test que se pueden utilizar y su relación con el marco social. En segunda instancia, se expondrá la parte metodológica de la investigación; la herramienta utilizada y los resultados obtenidos. Por último, se manifestará la interpretación de los resultados y las recomendaciones guiadas a los resultados para que la cooperativa las pueda poner en marcha lo antes posible.

CAPÍTULO 1

1. MARCO TEÓRICO

Actualmente, una de cada seis personas de la población, en algún punto de su vida sufrirá de depresión, considerándola la segunda causa principal de incapacidad a nivel mundial, para el año 2020, apenas superada por las enfermedades cardíacas. Esto se ha vuelto un asunto, que debido a las proporciones epidémicas que puede abarcar, está concientizando a las autoridades sanitarias gubernamentales de los distintos países del mundo, a movilizar recursos para enfrentarla.

La extensión de la depresión es una realidad actual y a pesar de los avances tecnológicos y científicos utilizados para diagnosticarla no se conoce aún su génesis (Pezo, Costa & Komura 2004). La depresión puede llegar a hacerse crónica o periódica y complicar el desempeño en el trabajo o la escuela y su capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede llevar al suicidio. Si es leve, se puede manejar sin necesidad de medicamentos (OMS, 2019).

1.1 Definiciones sobre el trastorno depresivo

La salud mental según la Organización Mundial de la Salud es definida como un estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo como la ausencia de enfermedad. Dentro de las organizaciones existe un sin número de personal el cual es parte fundamental del funcionamiento de la empresa, cuando este factor se ve afectado emocionalmente, este mismo puede perjudicar también el potencial de la empresa. Cuando se trata de los empleados de una empresa, deberíamos hablar de una parte fundamental de la misma, pues bien, se dice que mientras ellos estén felices en su área de trabajo y se sientan comprometidos, la misma empresa lograra resultados más allá de los esperados. Existen distintos trastornos emocionales que perjudican el comportamiento de las personas y entre uno de ellos el más común, es la depresión (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos (2007) nos plantea que la depresión es considerada un cambio del humor en la que sobresale un ánimo deprimido, falta de energía, pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar de

actividades que normalmente generaban placer anteriormente. Este trastorno afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.

La definición suministrada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), el trastorno depresivo incluiría sintomatología como: disforia y pérdida de interés, con cambios corporales, afectivos y cognitivos, tales como pérdida de peso, astenia, insomnio, baja autoestima hasta ideas suicidas. Las raíces biológicas o psicosociales pueden estar en su origen. (Saavedra, Castro, & Inostroza, 2015)

Dentro de lo que conlleva la depresión equivalen sentimientos de tristeza, los cuales fácilmente pueden ser señalados como una depresión, sin embargo, hay que saber distinguir lo uno de lo otro. Pues si bien la tristeza es una emoción universal con una relación estrecha a la depresión, existen factores que diferencian cuando esta emoción es parte de un diagnóstico depresivo (López Ibor, 2016). Véase en la tabla 1.

1.1.1 Diferencias entre tristeza normal y depresión

Tabla 1

Aspectos para diferenciar entre tristeza y depresión

Tristeza	Depresión
Hay una causa desencadenante	Puede no haber desencadenante
Tristeza proporcional al desencadenante	Tristeza no proporcional al desencadenante
Duración de los síntomas proporcional al desencadenante.	Duración prolongada de los síntomas.
Poca alteración del rendimiento.	Importante alteración del rendimiento.
Síntomas físicos escasos o ausentes.	Síntomas físicos importantes.
Los síntomas suelen variar a lo largo del día.	Los síntomas no varían y tienden a empeorar.

Fuente: (Molina & Arranz, 2010)

La depresión no solo se considera un problema médico, sino que paralelamente también es parte de un fenómeno social (Finlay, 2006). Es un trastorno mental que va en acentuación en la población en general y se hace cada vez más presente en las

familias, impulsando la búsqueda de ayuda tanto en los servicios de atención primaria de la comunidad como en los servicios psiquiátricos y hospitales generales, en sus diversas unidades. Es considerada una enfermedad que pasa desapercibida tanto para los profesionales cuanto, para las familias, afectando los resultados de la asistencia al paciente (Pezo, Costa & Akiko, 2004).

En compendio con las enunciaciones propuestas se puede determinar que la depresión es una enfermedad que altera un funcionamiento tanto cognitivo como físico a cualquier persona, sin distinguir edad, raza, sexo, etc. Siendo este trastorno uno de los más comunes a nivel mundial y al que menos importancia se le ha presentado debido a los distintos estereotipos y la inexactitud de información sobre el mismo, puesto que en la sociedad actual se determina a una persona triste o con un trastorno como una persona débil sin tomar en cuenta que el problema va más allá del control de la misma persona.

1.2 Etiología de los trastornos depresivos

1.2.1 Etiología biológica

La etiología de los trastornos depresivos es multifactorial, lo que conlleva el acompañamiento de factores genéticos y ambientales. En el año 2000 se planteó la primera conjetura relacionada con la patogenia de la depresión, fundamentada en una modificación de la neurogénesis en el hipocampo. Los cambios son afines con alteraciones en sustancias como el agente neurotrófico derivado del cerebro (Brain Derived Neurotrophic Factor) y otras sustancias como la serotonina que sustentan el vigor neuronal y glial. Teniendo en cuenta estos aspectos, es sugestivo que, en la depresión mayor haya un lapso gradual hacia alteraciones cognitivas relacionadas posiblemente con los cambios estructurales en el cerebro, principalmente en la corteza prefrontal medial, la corteza anterior del cíngulo y el hipocampo (Arango & Rincón, 2018).

En términos generales, se ha determinado que los genes involucrados en el padecimiento mental no determinan el progreso de una enfermedad específica, sino que los rasgos endo-fenotípicos incrementan la exposición de morbilidad psiquiátrica. Se ha señalado en diferentes trabajos que el alelo corto del gen promotor del 5-HTTPR (gen encargado de “fabricar” y regular los transportadores de serotonina) aumenta

la casualidad de depresión e ideación suicida solo si las personas se encuentran expuestas a factores estresantes ambientales; si este agente ambiental es pequeño, es viable que no se desenvuelva el cuadro clínico (Arango & Rincón, 2018).

En el trastorno depresivo mayor y el suicidio, el alelo Val66Met se manifiesta con una velocidad disminuida del BDNF, la cual es una proteína que se encuentra en varios mecanismos como parte de la supervivencia neuronal en el sistema nervioso, y se ha afiliado a cambios cerebrales estructurales como la disminución de la materia gris en la corteza prefrontal dorso lateral, la corteza prefrontal orbita lateral y el hipocampo. Se ha observado la relación del gen del BDNF en la transición de la capacidad de recobro celular, la neuro-plasticidad y la neurogénesis (Arango & Rincón, 2018).

Los estudios en la caracterización de un alto número de genes pronostican un futuro alentador en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Los genes asemejados, sus vías y las proteínas que incluyen proporcionarán nuevos tratamientos terapéuticos (Arango & Rincón, 2018).

1.2.2 Etiología psicológica y social

Por otro lado, los integrantes ambientales que interceden en el desarrollo de estos trastornos están; los perinatales y los psicosociales, que, al comunicarse entre ellos, afectan de diferente forma a individuos, familias y grupos sociales. Se realizó un estudio en una localidad mexicana en el que se relacionó el maltrato físico en mujeres con el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico: tres de cada cuatro mujeres con Trastorno depresivo mayor o Trastorno distímico exteriorizaron maltrato físico en su niñez (Ibarra, Guzmán, Alvarado, Graciano Morales, & Genchi, 2010).

Existen varios factores que se involucran en un diagnóstico depresivo, uno de ellos es el estado civil. Estudios realizados, acorde a la dependencia que existe entre el estado conyugal y la depresión, publicaron efectos incompatibles. Pues, cuando uno pierde a la pareja, ya sea por separación o muerte, el individuo empieza a sentir la falta de una fuente de soporte social debido a las derivaciones emocionales que esto conlleva (Vázquez, 2016).

Una investigación realizada en Lituania demostró que, tanto mujeres como hombres viudos o separados, presentaban mayor probabilidad de exhibir síntomas

depresivos, que aquellos que se encontraban solteros y en matrimonio. El tener un estado civil separado aumenta la posibilidad de riesgo de depresión, en la misma investigación mencionada anteriormente, muestra que los países como India, Japón y Líbano, el trastorno depresivo se evidencia, en gran parte, en personas separadas. A comparación de individuos que son viudos y presentan el trastorno depresivo, mostraron una correlación más baja. Sin embargo, en Ucrania los viudos/as demuestran 8 veces más la probabilidad de deprimirse que aquellos que se encuentran casados. Se ha demostrado, que el experimentar la muerte o pérdida de algún ser querido, y las peleas conyugales, en especial cuando existe un proceso de separación, se ve acompañado en mayor probabilidad de síntomas depresivos. Es importante evaluar la paráfrasis personal que hacen los individuos, sobre sus experiencias, para evaluar en qué dimensión les afectan, sin dejar de lado la garantía de la red social de apoyo. La depresión deja de ser solo un problema personal, ya que empieza a exteriorizarse en el ámbito social en el que se desenvuelve (Vázquez, 2016).

Por otro lado, un factor que también interviene es el número de hijos, ya que, de acuerdo a esto, se origina un nivel de estrés cuando se trata de más de dos hijos, pues, se evidencian más problemas en el ámbito económico, el desenvolvimiento social y simboliza una mayor carga, en especial para el sexo femenino. Se ha confirmado que, aquellos individuos que reportaron situaciones de maltrato en la niñez, tienen un riesgo elevado de presentar un trastorno depresivo, y no sólo eso, sino también generar un curso desfavorable de la enfermedad y de los resultados del tratamiento antidepresivo (Vázquez, 2016).

En un estudio realizado sólo a mujeres se demostró que, aquellas que han sido víctimas de maltrato físico, psicológico o ambos, muestran un mayor porcentaje de probabilidad de generar un cuadro depresivo que aquellas que no (Vázquez, 2016). Por otro lado, también se ha reportado que, en las mujeres jóvenes, el factor de riesgo que mayor influencia tuvo para la depresión fue la disfunción familiar (Peralta et al, 2006).

Se ha obtenido que la concurrencia de enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, los trastornos gastrointestinales y la obesidad acrecientan el riesgo para desarrollar algún tipo de depresión. Se proporcionó que ser mujer, estar desempleada, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y

tener escaso nivel educativo aumenta el riesgo de conllevar a una conducta suicida (Borges, y otros, 2009).

Sauther, Murphy & Levy en Gil Monte (2010) precisaron los factores psicosociales de riesgo como aquellos entornos presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del puesto, la realización de la tarea y el entorno del trabajador. Aunque es arduo definir cuáles elementos del medio psicosocial son trascendentales para la salud. Aún cuando los riesgos psicosociales están en transcurso de investigación de psicólogos y epidemiólogos en el terreno sanitario, lo psicosocial, en la contemplación biomédica, suele ser cualquier condición que se aparte de lo estrictamente físico, químico o biológico, lo que concibe confusión en la práctica, debido al deterioro de precisión con que se emplea el concepto psicosocial. Cabe resaltar que ahora existen constructos y modelos que ayudan a estrechar y acotar el campo de estudio (Ansoleaga & Miranda-Hiriart, 2014).

1.3 Síntomas de un Trastorno depresivo

Dentro de lo que conlleva lo que es tener un trastorno depresivo viene una cantidad de síntomas específicos en cierto período de tiempo que ayuda a esclarecer y diagnosticar que efectivamente es este trastorno y diversificar del resto. La tristeza es sólo una pequeña parte de la depresión. Algunas personas con depresión quizás no sientan tristeza en absoluto. La depresión tiene muchos otros síntomas, envolviendo algunos físicos (National Institute of Mental Health, 2015).

Basado en la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V (2014), los síntomas de un trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, consisten en:

- A. Accesos de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbalmente o con el comportamiento, cuya fuerza o persistencia son desproporcionadas al contexto o provocación.
- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se originan, en término medio, tres o más veces por semana.

- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es permanentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es visible por parte de otras personas que se encuentran a su alrededor.
- E. Los criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un ciclo que persistiera tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los criterios A-D.
- F. Los criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (en casa, escuela o con los compañeros) y son peligrosos en al menos uno de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe realizar antes de los 6 años o después de 18 años.
- H. Por la observación, los criterios A-E comienzan previamente de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un lapso bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.
- J. Los comportamientos no se generan exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se declaran mejor por otro trastorno.
- K. La sintomatología no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

(A. Americana de Psiquiatría, 2014)

La Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE – 10 divide a los trastornos mentales con los siguientes criterios para un diagnóstico de un trastorno depresivo:

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir un episodio hipomaníaco o maníaco, en ningún período de la vida del individuo.

3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

(Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, 2000)

1.3.1 Síndrome Somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas del trastorno depresivo que aquí se define como somáticos tienen un destacado clínico especial. Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para permitir codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas (Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, 2000):

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación.
6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
8. Notable disminución de la libido.

(Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, 2000)

1.4 Tipos de Trastornos Depresivos

Para llegar a un diagnóstico específico de depresión; ya sea un episodio depresivo o distimia, se necesita primero, establecer una entrevista con el paciente para justificar que cumple con los criterios establecidos en el DSM V (Manual de diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, 2016). Existen distintos ejemplares de depresión, que van desde un episodio depresivo en el curso de una depresión recurrente o de un trastorno afectivo bipolar, la forma depresiva de un trastorno adaptativo, distimia o ciclotimia, trastornos orgánicos afectivos en el transcurso de una enfermedad somática (Manual de diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, 2016).

1.4.1 Trastorno de depresión mayor:

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período dos semanas y simbolizan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los dos síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. En estos no se agregan síntomas que se puedan imputar claramente a otra afección médica.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva como sentirse triste, vacío, sin esperanza. O, por otro lado, de la observación por parte de otras personas.
 2. Disminución relativa del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso. Disminución o aumento del apetito la mayoría de los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o aplazamiento psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.

8. Depreciación de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas periódicas sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
 - D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizo freniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipo-maníaco.
(A. Americana de Psiquiatría, 2014)

1.4.2 Trastorno depresivo persistente (distimia)

En este trastorno se congregan el Trastorno de Depresión Mayor crónico y el Trastorno Distímico del DSM-V:

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días de los que se muestra ausente, como se desglosa de la información de la observación por parte de otras personas, por un mínimo de dos años.
- B. Presencia, durante la depresión, de dos o más de los síntomas siguientes
 1. Poco apetito o sobrealimentación.
 2. Insomnio o hipersomnia.
 3. Poca energía o fatiga.
 4. Baja autoestima.
 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el período de dos años, exceptuando en niños y adolescentes que sería un año, de la alteración; el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses continuos.

- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar consecutivamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizo-afectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o disminución en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
(A. Americana de Psiquiatría, 2014)

1.4.3 Trastorno disfórico premenstrual.

Dentro de este trastorno consisten los siguientes criterios de síntomas establecidos por el DSM-V (A. Americana de Psiquiatría, 2014).

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
- B. Uno o más de los síntomas siguientes han de estar presentes:
 - 1. Labilidad afectiva intensa.
 - 2. Irritabilidad intensa, enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
 - 3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de auto-desprecio.
 - 4. Ansiedad, tensión, sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
- C. Uno o más de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del criterio B.
 - 1. Disminución del interés por las actividades habituales.
 - 2. Dificultad subjetiva de concentración.

3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
 4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
 5. Hipersomnia o insomnio.
 6. Sensación de estar agobiada o sin control.
 7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.
- D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o relación con otras personas.
- E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente o un trastorno de personalidad.
- F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.
(A. Americana de Psiquiatría, 2014)

1.4.4 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:

Los síntomas que se atribuyen a este trastorno consisten en:

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de 1 y 2:
1. Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por un medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso del medicamento: los síntomas persisten durante aproximadamente un mes, después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias.

D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confesional.

E. El trastorno causa malestar clínicamente relevante o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

(A. Americana de Psiquiatría, 2014)

1.4.5 Episodio depresivo moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres y preferiblemente cuatro, de los demás síntomas. Es posible que algunos de los síntomas se presenten en un nivel intenso, aunque esto no es primordial si son una gran cantidad de síntomas presentes.

El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas; debe existir un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no se ha considerado nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no tiene relación con los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico (A. Americana de Psiquiatría, 2014). Una persona con un episodio depresivo moderado suele poseer grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica (García, 2009).

1.4.6 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, la persona despliega una desmedida angustia o agitación, a menos que la contención sea una característica marcada. Es posible que la disminución de estimación de sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa ocupen un nivel de importancia mayor, y el riesgo de suicidio es agudo en los

casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave (García, 2009).

En ciertos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz, pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar cubierta por otras señales, como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, arrebatos de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo en cualquiera de sus tres niveles, se requiere de una duración de al menos dos semanas, aunque se pueden aceptar periodos más cortos si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (López, 2007).

1.5 Diagnóstico para el trastorno depresivo

Para un diagnóstico de trastorno depresivo, al igual que el resto de trastornos, se basa en una entrevista con el paciente y si es necesario, con personas de confianza bajo el consentimiento del paciente y así formular un cuadro en 360 grados de los síntomas del paciente, su evolución, métodos de impacto. También, adicionalmente se puede realizar evaluaciones neuropsicológicas y pruebas médicas extras para definir de manera más específica el cuadro y descartar complicaciones o causas médicas complementarias. (Pereira Sanchez & Molero Santos, 2019)

Dentro de la entrevista se adquieren antecedentes sociodemográficos, la razón de consulta, historia de la enfermedad actual, antecedentes psiquiátricos, el uso actual de sustancias, antecedentes familiares e historia psicofarmacológica. Adicional se recomienda una historia del desarrollo y psicosocial. Finalmente, se complementa toda la investigación adquirida con una exploración psicopatológica y física general (Pereira Sanchez & Molero Santos, 2019).

1.6 Escalas para medir la depresión

Los cuestionarios de valoración de la depresión pueden ser ventajosos en el hallazgo del diagnóstico, severidad, rastreo clínico y de manifestación al tratamiento (Álvarez et al, 2014).

Álvarez et al. (2014) señalan que para los trastornos depresivos se utilizan escalas y entrevistas con distinto nivel de organización, como instrumentos que evalúan la gravedad de la depresión y de su réplica al tratamiento.

Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un cuadro efímero determinado, permitiendo la progresión de cada ítem y obteniendo una calificación final. Sin embargo, existen diferentes estudios que han expuesto que en la práctica clínica no se emplean escalas de forma sistemática, existe un ascenso progresivo sobre su acogida en la práctica clínica sobre todo para monitorizar la respuesta al tratamiento y el progreso de la depresión (Álvarez et al., 2014).

Entre algunos de las escalas más utilizadas se encuentran: Beck Depression Inventory: su transcripción original, como las actualizaciones BDI-IA y BDI-II, las cuales han sido ajustadas y validadas al castellano; Hamilton Rating Scale for Depression: su ajuste y certificación al castellano de su versión original y el análisis comparativo de las versiones de 6,17 y 21 ítems; Montgomery Asberg Depression Rating Scale facultada en castellano y por último, el Inventario de Sintomatología Depresiva auto-aplicado (Álvarez et al., 2014).

1.6.1 Beck Depression Inventory

Este inventario es un material de auto-informe, más utilizado para identificar síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en el ámbito profesional como en el científico. En el ámbito profesional, tomando en cuenta los estudios de los últimos diez años, se indica de forma consistente que el Inventario de Beck se encuentra entre los doce test más usados (Sanz & Vázquez, 1998).

El inventario, tenía la capacidad de distar de manera inequívoca entre pacientes con distinta intensidad del cuadro depresivo, así como también mostró consistentemente las desviaciones de ésta en un intervalo de tiempo. Está constituido por 21 ítems, su confiabilidad y validez estuvo fundamentada en una muestra inicial de 997 pacientes psiquiátricos, internados como ambulatorios. Tuvo como resultados un alto grado de confiabilidad interna y de similitud con la evaluación clínica de la depresión, conjuntamente de una alta sensibilidad al cambio (Ojeda et al,2003).

Ojeda et al., (2003) en la primera versión de este inventario se han refutado algunos elementos. Por ejemplo, en varias muestras no psiquiátricas, la mayor parte de

los estudios revelaron respuestas que están en el piso de la condición de cuatro niveles (0 a 3) para cada ítem, manteniéndose en promedio bajo 1; por otro lado, en poblaciones psiquiátricas no exceden el valor 2.

Algunos de los ítems muestran una baja afinidad con el total del resto de ellos por lo que fue una de las razones en las que, en la segunda versión del Inventario desarrollada en 1996, varios ítems fueron transformados. Sin embargo, los más de 200 estudios que han utilizado el BDI atestiguan su uso práctico y evidencian una consistencia interna y una validez presente satisfactoria (Ojeda et al., 2003).

1.6.2 Hamilton Rating Scale for Depression

Esta escala de evaluación de la depresión de Hamilton se planteó para ser designada en pacientes diagnosticados con depresión, con el propósito de evaluar cuantitativamente la gravedad de la sintomatología y estimar sus cambios (Bobes et al, 2003).

Como explica Bobes et al., (2003) la escala de Hamilton se valora de acuerdo con la información obtenida en una entrevista clínica y de información adquirida por fuentes adicionales como complemento. La versión original contiene 21 ítems, aunque el autor encargó utilizar solo los 17 primeros puesto que el ítem 18 no estimaba la depresión o su intensidad, sino que más bien instauraba el tipo de depresión, mientras que los ítems del 19 al 21 que constituían los síntomas de des realización, paranoide y obsesivo, se ostentaban con baja frecuencia en la valoración clínica. Por otro lado, se muestra una versión reducida a 6 ítems que aglomera los factores nucleares de la depresión, no obstante, su empleo es menos frecuente que el de las versiones largas.

La escala de Hamilton es Hetero-Administrada para evaluar le intensidad de los síntomas relacionados con el trastorno depresivo en la semana previa a la entrevista con el paciente. Se requiere aproximadamente 30 minutos para la diligencia de la versión de 21 ítems. Estos ítems presentan 3 o 5 opciones de respuesta ordinal (de 0 a 2 puntos o de 0 a 4 puntos), y la puntuación total fluctúa entre 0 puntos, que sería la ausencia de síntomas depresivos; a 7, que mostraría casos de gravedad más extrema de la enfermedad (Bobes et al., 2003).

1.6.3 Montgomery Asberg Depression Rating Scale

Esta escala tiene elementos similares con la escala de Hamilton, como, por ejemplo: son instrumentos hetero-aplicados, poseen una gran concordancia y estadifican la gravedad del trastorno depresivo de manera adecuada. Sin embargo, la escala de Montgomery conserva menos enunciados, se ajusta en aspectos cognitivos, afectivos y somáticos sin dar mayor valor a este último factor, lo que genera mayor ventaja para pacientes adultos mayores o que posean enfermedades médicas concomitantes. Igualmente ha expuesto un nivel de precisión más alto para determinar la gravedad del episodio y conjuntamente se ha resaltado su alto grado de sensibilidad al cambio, lo que otorga ventajas sobre la escala de Hamilton en el área de estudios clínicos (Cano, Gómez y Rondón, 2016).

La escala de Montgomery fue anunciada por los profesores Stuart Montgomery y Marie Ásberg en 1979 y se crea con el fin de superar la incorrecta diferenciación que se encontraba en los distintos ensayos clínicos de las diversas moléculas de antidepresivos. Este instrumento posee 10 ítems que se debe administrar durante una entrevista clínica personal médico que sepa su correcta aplicación, y también se puede anexar información de otras fuentes como los familiares. Para cada ítem se consideran siete grados de riesgo que van de 0 a 6, y anclan valores pares (0,2,4,6) a unos enunciados y posibilita las puntuaciones intermedias entre esos enunciados cuando se genera duda sobre cuál elegir. La puntuación total se obtiene sumando los valores escogidos de cada ítem, con un intervalo entre 0 y 60 puntos (Cano, Gómez y Rondón, 2016).

Los puntos de corte no se encuentran claramente definidos, ya que el objetivo inicial de la escala consistía en evaluar los cambios en la severidad de los síntomas depresivos en pacientes con diagnóstico de depresión mayor, y lo principal es la variación en las puntuaciones de observaciones repetidas (Cano, Gómez y Rondón, 2016).

1.6.4 Inventario de Sintomatología Depresiva auto-aplicado

El Inventario de Sintomatología Depresiva (IDS), instituida por el psiquiatra Augustus John Rush, profesor jubilado en la facultad de Medicina Duke de la Universidad Nacional de

Singapur y profesor adjunto de psiquiatría y ciencias del comportamiento en la Facultad de Medicina de la Universidad de Duke. Autor y editor de más de 10 libros y 600 artículos de revistas científicas. El Inventario de Sintomatología Depresiva, es una herramienta de valoración que se puede manejar para detectar el nivel de amenaza de la depresión y se utiliza ampliamente en grandes estudios multi-céntricos y ensayos clínicos nacionales e internacionales (Rush et al, 1986).

El marco de tiempo, para evaluar la gravedad de los síntomas, suele ser un período de siete días antes de la evaluación. El IDS, está disponible en dos versiones: una escala con calificación clínica (IDS-C) y una escala de auto informe (IDS-SR). Ambas versiones demandan una preparación mínima y son sensibles a los cambios con medicamentos, psicoterapia o tratamientos somáticos, por lo que son ventajosos tanto para fines de investigación como clínicos. El IDS se desarrolló para proveer ponderaciones equivalentes (0-3) para cada ítem de síntomas, las cuales estipula la gravedad de los síntomas que han sido ceñidos desde los criterios del DSM-IV necesarios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor (Rush et al, 1986).

Durante el perfeccionamiento de la adaptación original, la clasificación de elementos del IDS, se rectificó con los criterios DSM y otras escalas de depresión existentes. Además, se cercaron los síntomas de los subtipos ansiosos y melancólicos de depresión y otros síntomas atípicos. El transcurso de selección fue apoyado por expertos clínicos y por pacientes Rush et al., 1986. En su forma final, el IDS está compuesto por 30 ítems y el nivel de puntaje total es de 0 a 84. Todos los ítems se califican en una escala de 0 (síntoma no está presente) a 3 (deterioro más fuerte). En la versión autoevaluada, un punto de corte de 18 o más indica la presencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante (Rush, Guillion, Basc, Jarret, & Trivedi, 2009). Las apreciaciones IDS han sido útiles para desempatar las depresiones endógenas de las no endógenas y el trastorno distímico del trastorno depresivo mayor (Rush et al, 1986).

1.7 La actividad laboral y su influencia en el estado de ánimo depresivo

Existen incomparables aspectos de la organización laboral, que están concernidos con la aparición de alteración en el estado de ánimo en los trabajadores cuando no se pactan a sus necesidades, expectativas y capacidades, y son refrenados por factores individuales y del contexto organizativo. Es esencial señalar la composición de la alta demanda y el bajo apoyo social como predictor de aparición de

procesos depresivos. Aspectos como; el desequilibrio en la recompensa, la injusticia organizacional, conflictos interpersonales, el estrés laboral y la inseguridad laboral, actuando independientemente o de forma conjunta, pueden precipitar el desarrollo de un cuadro depresivo (Bistuer Flores Ruiz, 2018).

En un análisis reciente, que se realizó con 41 estudios efectuados en varios países, la prevalencia general de depresión en atención primaria fue de 19.5%. Sin embargo, una deducción a priorizar en el trabajo fue la existencia de importantes diferencias entre las prevalencias de los países evaluados. En Europa, los resultados obtenidos de países como: Reino Unido, España, Portugal, Eslovenia, Estonia y Holanda, utilizando entrevista diagnóstica y criterios DSM-IV, demostró una prevalencia de depresión en las consultas de AP de un 12.2% siendo 8,5% para varones y 13.9 para mujeres. Además, en este estudio se encontró diferencias entre los países evaluados, siendo la mayor prevalencia para varones en Reino Unido (12,7%) y para mujeres en España (18,4%), agregando que las más bajas fueron de 4,4% y 6,5% para mujeres, ambas en Eslovenia (Vindel, Salguero, Wood, Dongil, & Latorre, 2012).

Hoy por hoy, los trastornos depresivos, son la cuarta causa de discapacidad en el mundo y se espera que se conviertan en la segunda causa principal de morbilidad a nivel mundial. En el área laboral, parece tener un efecto muy nocivo. En Estados Unidos, estudios han manifestado que el Trastorno depresivo Mayor se asocia con 27 veces más contingencia de pérdida de trabajo que entre los trabajadores con ausencia de un trastorno mental y que el 44% de los trabajadores deprimidos reportaron que ellos perdieron uno o más días de trabajo por problemas emocionales en los últimos 3 meses. La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque presente variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo (López, 2007).

Se estima que, dentro de las compañías, a pesar de la magnitud del problema, uno de cada 3 directivos asevera, que no disponen de soporte formal ni recursos para confrontar las dificultades de los empleados con depresión, y exigen un perfeccionamiento en la reglamentación y políticas en materia de reinserción laboral de los pacientes que han sufrido de depresión. De forma semejante, un estudio europeo

que se cimentó en una muestra de 21.425 pacientes de 6 países en los que constaban: Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia, mostro que aquellos que tenían episodios de depresión mayor pasan un 25% de los días del mes de media sin poder ejecutar su actividad laboral con normalidad, comparado con un índice del 3% entre las personas que no padecían de ningún trastorno (Leal, Regás, Planas, Forteza, González & Ruiz, 2016).

En Europa, se han desarrollado programas en empresas, con resultados positivos. Como por ejemplo, el de Lundbeck, donde se han planteado cursos sobre cómo crear ambientes positivos y gestionar el estrés, así como acuerdos con psicólogos clínicos para que los empleados puedan recibir apoyo psicológico cuando lo necesiten; Unilever, que ha estructurado cursos de liderazgo para sus gerentes y un portal con las herramientas y recursos necesarios sobre depresión o British Telecom, que centró sus acciones en 3 niveles: promover la salud mental, apoyar cuando esta puede estar en riesgo, y gestionar los problemas de salud mental cuando aparezcan (Castellón, Regas, Planas, Forteza, Sanz González & Saiz, 2017).

Según la Guía-Protocolo del trabajador con depresión en salud laboral (2018), nos indica que “los factores que con mayor frecuencia influyen en la depresión y su relación con el entorno laboral son: conflictividad laboral, mala adaptación a los cambios e innovaciones, descenso en la productividad laboral, dificultad para ajustarse a las normas, incremento en los errores, dificultad en la toma de decisiones o lentitud en las mismas, y por último, el incremento en los periodos de incapacidad temporal o de ausencias laborales” (p.17).

Las personas que sufren de depresión, sobrellevan los mismos síntomas a lo largo de su vida, y es por esa razón, que se les hace difícil el aislar su vida laboral de la extra laboral, ya que ambos intervienen simultáneamente en el mismo individuo. La mayor parte de nuestro día la pasamos en el trabajo; los conceptos laborales más estudiados con relación a la depresión han sido el absentismo, ausentismo y presentismo. Existen estudios que han demostrado lo favorable que ha sido, para personas con depresión, el empleo. Sin embargo, los problemas laborales que pueden aparecer cuando se presentan limitaciones, y, por lo tanto, promueven actitudes negativas por parte de los empleadores, provocando un empeoramiento del cuadro

depresivo y conjeturar una complicación en la participación laboral del empleado (Vicente, Ramirez, Capdevila, Terradillos, Aguilar, 2018).

Se han estimado algunos aspectos afines con la discriminación laboral; cuando una persona con depresión prevé y perciben discriminación cuando quieren hallar o conservar un trabajado remunerado, y, si los actos discriminatorios, están afines con el estado laboral actual. Aquellos individuos con trastorno depresivo, comentaron que presenciaban discriminación en el entorno laboral, por lo cual se debe intervenir de forma rápida y efectiva para optimizar la participación laboral. La depresión es frecuente en el lugar de trabajo, y estos empleados no son apoyados de manera correcta por el entorno. Por esta razón, es que se han efectuado trabajos para determinar prototipos adicionales en el entorno laboral, recalando que es primordial integrar políticas preventivas y en los procesos de la empresa. Otro de los factores que se han estudiado en relación con la depresión, es el horario de trabajo, donde se muestra que aquellos trabajos con horas extra poseen un peligro tenuemente dominante y no significativo en la depresión, aunque esta analogía tiende ser mayor para el sexo femenino. El estrés es uno de los elementos más prevalentes cuando hablamos de depresión en el trabajador, donde las mujeres y los hombres demuestran diferentes reacciones ante estas situaciones de estrés en el trabajo, donde se presencian niveles elevados de tensión laboral entre el sexo femenino; e interviene en la aparición de los síntomas depresivos en ambos sexos, pero con mayor insistencia e intensidad, en las mujeres (Vicente, Ramirez, Capdevila, Terradillos, Aguilar, 2018).

Los conflictos familiares que afectan el trabajo, pueden suponer un inconveniente para obtener el éxito y compensar las exigencias en el trabajo y las responsabilidades, lo que restringe la capacidad de una persona para construir y mantener un ambiente positivo relacionado con el trabajo. Los costes de la depresión no solo abarcan la discapacidad, el tratamiento, el absentismo y los costos administrativos, sino de igual manera el desempeño en el trabajo o preceptismo (Córdoba, Fuentes y Ruiz, 2011).

Conclusiones

Los trastornos mentales, según estudios revisados, perjudican en un nivel importante al rendimiento de trabajadores dentro de su ámbito laboral, sin embargo, aunque existen empresas, que están tomando consciencia de la importancia de velar por la salud psicológica de sus empleados y empleadores, existen aún empresas que muestran desinterés y consideran un gasto innecesario establecer medidas de protección y seguimiento psicológico. Gracias a las nuevas propuestas establecidas por las leyes de trabajo, ahora es primordial la salud mental en cualquier campo y por tal razón se han realizado estudios que promuevan acciones de diagnóstico e intervención para un desarrollo laboral efectivo de los trabajadores.

Dentro de lo que cabe, el manejar un trastorno mental en un ámbito laboral, es poner como principal objetivo el bienestar de los trabajadores, si bien la depresión es una de las enfermedades que más afecta tanto a adolescentes como a adultos, también, es uno de los trastornos que tienen tratamiento y un sin número de escalas e inventarios para diagnosticarlo, sin embargo es vital darle el nivel de importancia y preocupación que se merece pues esta enfermedad ya ha tomado varias vidas y actualmente no queremos que siga tomando ninguna más.

CAPÍTULO 2

2. METODOLOGÍA

En este presente capítulo, se presentará el proceso y las herramientas utilizadas para la obtención de datos, que nos facilitará medir la prevalencia en la empresa. El objetivo en este proceso, es generar una base de datos que nos permita clasificar entre hombres y mujeres, la edad, sus estudios y el nivel de depresión que se obtuvo con los resultados del estudio, presentando los resultados a los directivos del departamento de Recursos Humanos y ejecutar una socialización sobre lo obtenidos y generar una retroalimentación con recomendaciones.

2.1 Tipo de investigación

Esta es una investigación no experimental, con un enfoque metodológico cuantitativo, ya que se aplicará el Inventario de Sintomatología Depresiva Autoaplicable, para medir la depresión. Además, es un estudio de tipo exploratorio ya que no se posee una base de datos que compruebe un antecedente de trastorno depresivo en la empresa. Y es un estudio relacional, ya que se usará los datos sociodemográficos y las distintas variables que mide el test para establecer una relación.

2.2 Objetivos de la investigación

2.2.1 Objetivo general

Identificar la prevalencia del trastorno depresivo en trabajadores de una Cooperativa de ahorro y crédito en la ciudad de Cuenca.

2.2.2 Objetivos específicos

- Analizar los datos obtenidos por el Inventario de Sintomatología Depresiva.
- Relacionar los datos sociodemográficos-laborales con los niveles de depresión.
- Identificar la influencia de los niveles de depresión con el COVID-19
- Socializar resultados con los directivos.

2.3 Población

La empresa escogida para el estudio, es una cooperativa que brinda servicios financieros ágiles y modernos que fomentan un crecimiento continuo, esta cooperativa

nace a partir de un crecimiento económico con la meta de ayudar y financiar proyectos al sector productivo y empresarial mediante un apoyo cooperativista. La empresa se ha establecido sólo en la ciudad de Cuenca, con 100 trabajadores y 9 sucursales incluida una en el cantón Gualaceo. La muestra finita definida, consta con los parámetros del 95% de confianza y 5% de margen de error, se obtuvo como resultado 80 trabajadores.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Inventario a utilizar: IDS

El Inventario de Sintomatología Depresiva (IDS) (ver anexo 3), creada por el psiquiatra Augustus John Rush, nacido el 15 de diciembre de 1942. Es profesor jubilado en la facultad de Medicina Duke de la Universidad Nacional de Singapur y profesor adjunto de psiquiatría y ciencias del comportamiento en la Facultad de Medicina de la Universidad de Duke. Autor y editor de más de 10 libros y 600 artículos de revistas científicas. El Inventario de Sintomatología Depresiva es un instrumento de estimación que se puede manejar para revelar el nivel de trance de la depresión y se utiliza considerablemente en grandes estudios multi-céntricos y ensayos clínicos nacionales e internacionales. El marco de tiempo para apreciar la gravedad de los síntomas suele ser un curso de siete días antes de la evaluación (Rush et al, 1986).

El IDS, está adecuado en dos versiones: una escala con calificación clínica (IDS-C) y una escala de auto informe (IDS-SR). Ambas versiones demandan un entrenamiento mínimo y son sensibles a los cambios con medicamentos, psicoterapia o tratamientos somáticos, por lo que son útiles tanto para fines de investigación como clínicos. El IDS se desarrolló para proporcionar ponderaciones semejantes (0-3) para cada ítem de síntomas, las cuales determina la gravedad de los síntomas que han sido contenidos desde los criterios del DSM-IV precisos para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor (Rush et al, 1986).

Durante el perfeccionamiento de la versión original, la discriminación de elementos del IDS, se rectificó con los criterios DSM y otras escalas de depresión existentes. Además, se cercaron los síntomas de los subtipos ansiosos y melancólicos de depresión, y otros síntomas atípicos. El proceso de selección, fue afirmado por expertos clínicos y por pacientes (Rush et al, 1986). En su forma final, el IDS está surtido por 30 ítems, y el rango de puntaje total es de 0 a 84. Todos los ítems se aprecian

en una escala de 0 (síntoma no está presente) a 3 (deterioro más fuerte). En la versión autoevaluada, un punto de corte de 18 o más indica la presencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante (Rush, Guillion, Basc, Jarret, & Trivedi, 2009). Las puntuaciones IDS han sido útiles para distinguir las depresiones endógenas de las no endógenas y el trastorno distímico del trastorno depresivo mayor (Rush et al, 1986).

La tabla de puntuación para establecer la gravedad varía según los resultados. Véase en la tabla 2

Tabla 2
Interpretación de los puntajes

Gravedad	Puntaje
Ninguno	0 -13
Leve	14-25
Moderado	26 -38
Severo	39 -48
Muy severo	49 -84

(Rush et al, 2003)

Validez

Para decretar si el IDS-SR mide la depresión de un carácter sólido con las evaluaciones más utilizadas, Rush et al. (1996) inspeccionaron la reciprocidad entre las puntuaciones IDS en una muestra de 434 pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor (MDD) y 103 controles normales. En una muestra de 68 pacientes ingresados recientemente con MDD, Corruble et al. (1999) encontraron que el MADRS estaba aglutinado con el IDS-C ($c = 0.81$); y el factor de depresión de 20 ítems del SCL 90 (Derogatis 1977) se armonizó con el IDS-SR ($c = 0,84$). Rush y col. (2004) acertaron altas correlaciones entre el QIDS-SR y el IDS-SR ($c = 0.96$), HRSD 17 ($c = 0.81$), HRSD 21 ($c = 0.82$) y HRSD 24 ($c = 0.84$) en la salida entrevista después de 12 semanas de procedimiento ambulatorio en fase aguda ($n = 596$). Además, las similitudes entre el IDS-SR y el HRSD 17 las valoraciones totales fueron 0,84, 0,85 y 0,86, respectivamente, lo que provee evidencia de que el IDS y el QIDS están regulando los síntomas depresivos de la misma manera localizaron que el puntaje total QIDS-SR estaba

altamente correlacionado con el puntaje total IDS-SR para 544 pacientes ambulatorios adultos con MDD ($c = 0,83$). Del mismo modo, encontraron correlaciones sólidas entre las puntuaciones totales QIDS-C e IDS-C para pacientes ambulatorios con MDD ($c = 0,82$, $n = 544$) y trastorno bipolar (BD) ($c = 0,81$, $n = 402$). (Trivedi et al 2004)

El IDS y el QIDS son perceptivos a los cambios en la amenaza depresiva de una manera sólida con el HRSD y el BDI, con el IDS y el QIDS aclarando una mayor sensibilidad al cambio en el nivel más bajo de puntajes reportados por 434 pacientes ambulatorios con MDD y 103 controles normales (Rush et al. 1996). En 68 pacientes hospitalizados recién ingresados con diagnóstico de TDM, Corruble et al. (1999) encontraron que el IDS-C y el IDS-SR son tan sensibles al cambio como el MADRS y el SCL 90. En un estudio retrospectivo, localizaron niveles similares de sensibilidad al cambio en la amenaza. (Rush et al 200)

En 681 pacientes con MDD crónico estipulados a 3 grupos de tratamiento Rush et al. (2005) contrastaron el HRSD24 y las tipificaciones IDS-SR y QIDS-SR, atinando puntajes de cambio comparables dentro de los grupos IDS-SR y QIDS-SR también reafirmaron las tasas de respuesta y remisión basadas en el HRSD 24 (Rush et al 200)

Fiabilidad

Notificaron las propiedades psicométricas del IDS-C e IDS-SR utilizando una muestra de 456 sujetos (338 pacientes ambulatorios adultos con MDD y 118 controles normales). El alfa de Cronbach (Cronbach 1951) fue de 0.94 para IDS-C e IDS-SR para la muestra completa ($n = 456$), y 0.67 y 0.77 para IDS-C e IDS-SR, correspondientemente, para la muestra de MDD pacientes ($n = 338$). Los resultados se confrontan con 0.89 para el HRSD 17 y 0.94 para el BDI 21 para la muestra completa, y 0.53 para el HRSD 17 y 0.83 para el BDI 21 para la muestra de pacientes con TDM. En una muestra de 68 pacientes hospitalizados adultos recién integrados con MDD, Corruble et al. (1999) hallaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.75 y 0.79 para el IDS-C y el IDS-SR respectivamente. Los autores también participaron un alfa de Cronbach de 0,80 para el MARDS, y 0,95 para la subescala de depresión SCL 90 en la misma muestra. Biggs y col. (2000)

indicaron un alfa de Cronbach de 0,82 para el IDS-C y 0,83 para el IDC-SR en una muestra de 62 pacientes adultos con MDD. (Rush y col 1996, 480)

Ambas versiones del IDS, se han manipulado en MDD no psicóticos y psicóticos (Rush & Trivedi, 2004), depresión posparto (Yonkers et al. 2001), trastorno distímico (Rush et al. 1987, 2005), depresión menor (Rappaport, Nina & Judd, 2004), trastorno bipolar (Rush et al. 1986, Denicoff et al. 2000, Suppes et al. 2002, Trivedi et al. 2004), así como en pacientes con depresión comórbida con cáncer (Jenkins et al. 1998) y asma (Brown et al. 2001). El IDS y el QIDS se han utilizado en una variedad de entornos de investigación y clínicos, incluidas clínicas psiquiátricas para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y entornos de atención primaria. Están bajo investigación en pacientes de edad avanzada y adolescentes. Estas evaluaciones, se han utilizado ampliamente en entornos clínicos y de investigación, y en el gobierno, fundación y estudios patrocinados por la industria. (Rush & Trivedi, 2004)

2.4.2 Ficha sociodemográfica

La ficha sociodemográfica (Ver anexo 2), consiste en la recopilación de datos generales sobre los distintos encuestados, es decir, preguntas con respuestas de opción múltiple que abarcan los datos que se necesitan para generar una relación con el inventario. En esta ficha constaban preguntas referentes a: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y departamento de trabajo. El objetivo de la obtención estos datos es conseguir parámetros que nos guíen a identificar qué factores son los que mayor influencia tienen al encontrar diagnósticos depresivos, sea cual sea su gravedad.

Dentro de la ficha, se incluyó dos preguntas basadas en la pandemia COVID-19, las cuales reflejarán la manera en la que afecta la nueva forma de trabajo (teletrabajo) dentro de casa, y cómo su vida cotidiana se ha visto alterada por la misma.

2.5 Procedimiento

Para la obtención de información; El primer paso, fue aplicar una encuesta que constaba con la ficha sociodemográfica, 2 preguntas para evaluar la situación del COVID y, por último, el Inventario de Sintomatología Depresiva auto aplicable, con el

fin de conocer las distintas variables que influyen dentro de la sintomatología depresiva.

La recolección de los datos se realizó de manera virtual, se creó un formulario en Google Docs., el cual fue aprobado por el director de Recursos Humanos de la empresa, quien también fue el encargado de difundir el mismo a los empleados para la obtención de datos. En la parte sociodemográfica se recolecto lo que consiste al departamento al que pertenece, sexo, edad, estado civil, estudios, entre otros. Se obtuvo la información por medio de preguntas de opción múltiple.

Dentro del Inventario, estaban dos preguntas con relación a la situación que está viviendo el mundo actualmente: COVID-19. El objetivo de estas preguntas era el de mostrar, hoy por hoy, cómo esta pandemia influye en la capacidad laboral y emocional de los trabajadores. Estas preguntas fueron valoradas a través de una escala Likert; los datos fueron tabulados mediante el uso del programa Microsoft Excel. Las respuestas de la encuesta se obtuvieron el mismo día de la aplicación, los cuales se obtuvo respuesta de 95 de los 100 trabajadores, lo que permitió fundar una base de datos amplia permitiendo descartar ciertas encuestas inconclusas o que no abarcaban los parámetros preestablecidos.

Finalmente, con la información recolectada, se procedió a adquirir la puntuación individual de cada trabajador, para así poder determinar su nivel de depresión y la gravedad del mismo, tomando en cuenta la relación con los datos sociodemográficos.

CAPÍTULO 3

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Aplicación Encuesta para obtención de datos

Dentro de la encuesta aplicada mediante Google Forms, se establecieron variables sociodemográficas, laborales, sobre la pandemia del COVID y, por último, el Inventario de Sintomatología Depresiva auto aplicable. Ya que la muestra establecida fue de 80 personas se presentará el número de personas que equivale al porcentaje de cada variable.

Lo que se quiso obtener, dentro de los datos sociodemográficos, es establecer el sexo que prevalece dentro de la empresa, la edad y el nivel de estudios; con el fin de relacionar los datos sobre el inventario y los sociodemográficos.

Con la variable laboral, se buscó obtener información sobre su tipo de contrato y el departamento al que pertenece, para, de igual forma relacionarlos con los niveles de gravedad del trastorno depresivo obtenido por el inventario.

El objetivo de este inventario, fue determinar de manera general el grado de depresión que existe dentro de la empresa, tomando en cuenta tanto los datos sociodemográficos como las respuestas obtenidas de la escala, para generar una relación entre las distintas variables.

3. 2 Datos sociodemográficos

Tabla 3
Variables sociodemográficas

Categoría	Nro. de personas	Porcentaje
Sexo		
Hombre	27	34%
Mujer	53	66%
Edad		
20-27	7	9%
28-35	17	21%
36-43	15	19%
44-51	33	41%
52-59	7	9%
60 en adelante	1	1%
Estado civil		
Soltero	19	24%
Casado	58	72%
divorciado/separado	2	3%
Unión libre	1	1%
Viudo	0	0%
Estudios		
Primer nivel	0	0%
Segundo nivel	16	20%
Tercer nivel	49	61%
Cuarto nivel	15	19%

Con relación a los datos sociodemográficos, se encontró que, dentro de la empresa, la mayoría son mujeres; con un 66%, el rango de edad prevalente es de entre 44-51 años con un 41%, la mayor parte con el 72% son casados, y por último con el 61% de la población de la muestra que tienen estudios de tercer nivel.

3.3 Datos laborales

Tabla 4

Variables laborales

Categoría	Nro. De personas	Porcentaje
Departamentos		
Captaciones	3	4%
Operaciones	25	31%
Crédito	14	17%
Sistemas	10	13%
Financiero	8	10%
Unidad de riesgos	3	4%
Talento Humano	8	10%
Unidad de procesos y planificación	1	1%
Control interno	4	5%
unidad de cobranzas	1	1%
Consejo de administración	3	3%
Contrato		
Indefinido	74	93%
Temporal	1	1%
por obra o servicio	5	6%
Interinidad	0	0%
Practicas	0	0%

En la tabla 4, se puede observar que, el departamento con mayor porcentaje es el de Operaciones con un 31% de la población y, la variable del contrato siendo la mayoría indefinido con un 93%.

3.4 Datos sobre pandemia actual COVID-19

Tabla 5

Evaluación sobre la pandemia actual COVID

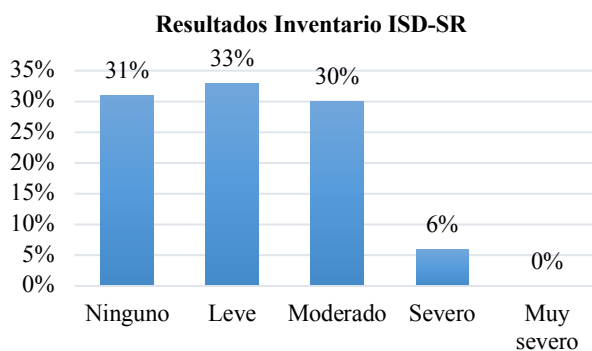
Preguntas	Nro. De personas	Porcentaje
¿ Qué tan afectada se ha visto su vida cotidiana el tener que proceder a un tele-trabajo por causa de la pandemia?		
Nada	9	11%
Poco	22	28%
Bastante	34	42%
Mucho	15	19%
¿En qué nivel considera usted que le ha afectado la pandemia actual (COVID-19) en su desarrollo laboral?		
Nada	2	3%
Poco	25	31%
Bastante	31	39%
Mucho	22	27%

En la tabla número 5, podemos observar que al 42% de muestra su vida cotidiana se ha visto “bastante” afectada debido a la pandemia del COVID-19 y, por otro lado, en su desarrollo laboral al 39% se muestra con mayor porcentaje la variable “bastante”. Se puede evidenciar en base los resultados que los trabajadores de la empresa se han visto afectados de manera significativa en su ámbito laboral generando esto también un problema para la empresa y su progreso.

3.5 Inventario de Sintomatología Depresiva Auto-aplicado ISD-SR

Figura 1

Niveles de depresión del Inventario de Sintomatología Depresiva

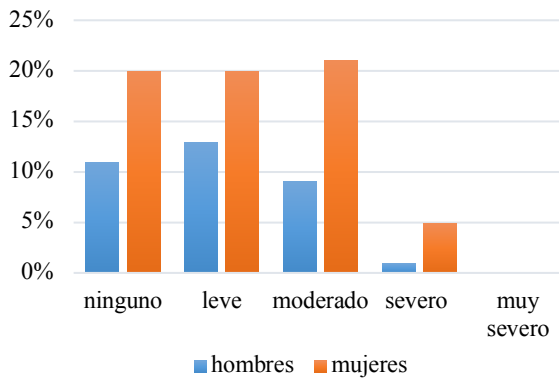


Dentro de los resultados obtenidos, al aplicar el inventario IDS-SR, se observa en la figura 1, que existen casos de depresión severa (6%) que debe ser manejada de forma rápida y eficaz, por otro lado, también se muestra que existen porcentajes que van por el mismo nivel en la categoría ninguno, leve y moderado, que tomando en cuenta el porcentaje, se necesita un plan de acción para que aquellos no trasciendan a niveles severos o muy severos.

3.5 Relación de datos sociodemográficos con relación al inventario

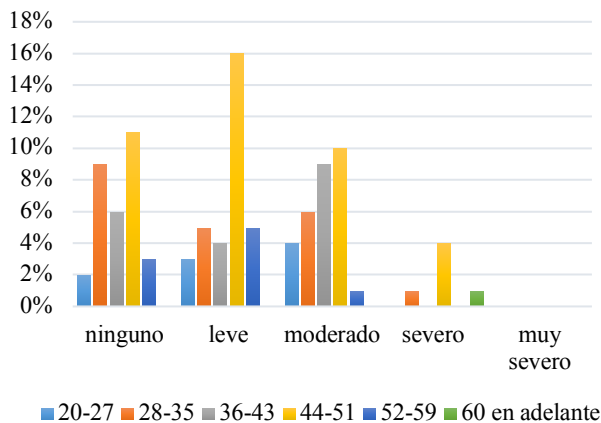
En este apartado mostraremos los distintos porcentajes obtenidos de la muestra de la población (80 personas es el 100%), que se encuentran dentro de las categorías del test: ninguno, leve, moderado, severo y muy severo. Esto muestra, en que segmentos de la empresa, según los datos sociodemográficos, se producen los índices del trastorno depresivo. Los porcentajes demuestran la población que padece de las categorías del test en cada una de las variables. Debajo de cada figura se detallará con exactitud el porcentaje exacto obtenido de cada variable con su categoría.

Figura 2
Niveles de depresión según la variable “sexo”



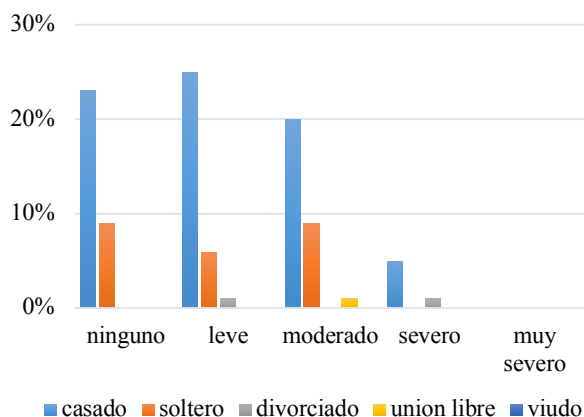
Como se puede observar en la figura 2, el sexo Femenino posee un mayor índice de grados depresivos que los hombres, siendo el porcentaje mayor 21% en el nivel “moderado”, mientras que el sexo masculino consta del 13% en el nivel “leve”.

Figura 3
Niveles de depresión según la variable “edad”



En la figura 3, se puede mostrar que en el rango de edad entre 20-27, 28-35 y 36-43 el grado de depresión que mayor porcentaje demuestra es “moderado” con el 4%, 6% y 9% respectivamente. Por otro lado, en las edades entre 44-51 y 52-59 el grado de depresión que prevalece es el “leve” con el 16% y 5% respectivamente. Finalmente, en la edad de 60 años en adelante solo se muestra el 1% de casos en la categoría “severo”. Los casos severos de la empresa se presentan en las edades de 28-35 con el 1%, 44-51 con el 4% y de 60 en adelante con el 1%.

Figura 4
Niveles de depresión según la variable “estado civil”



En la figura número 4, se muestra que en el nivel “ninguno” la variable “casado” posee un porcentaje del 23% y en la variable “soltero” un porcentaje del 9%, en el resto de variables no se obtuvo ningún resultado.

Lo que refiere al nivel “leve”, se obtuvo que en la variable “casado” posee un porcentaje del 25%, en “soltero” un porcentaje del 6%, en “divorciado” el porcentaje del 1%, no se presentó ningún resultado en las variables unión libre y viudo/a.

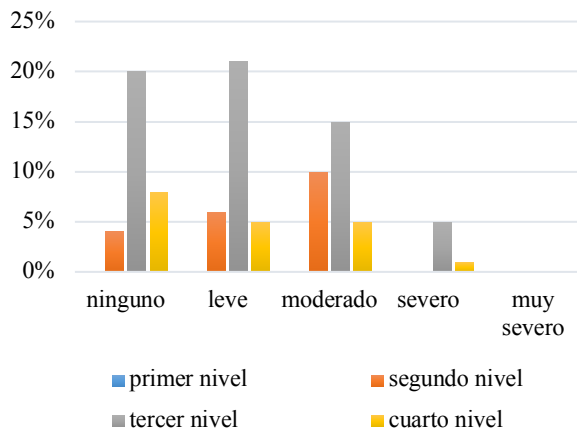
En el siguiente nivel “moderado”, se muestra que en la variable “casado” existe un porcentaje del 20%, en “soltero” el 9%, en “unión libre” el porcentaje del 1%, no se muestran resultados en las variables “divorciado” y “viudo”.

En el nivel “severo” se presentan en la variable de “casado” un porcentaje del 5% y en la de “divorciado” el valor del 1%. Por último, no se presentan ningún caso del nivel “muy severo” en ninguna de las variables.

El estado civil que predomina en base a las categorías del inventario IDS-SR, es “casado” esto también se debe a que del 100% de la muestra el 72% arrojaron resultados de que son casados, y por esta razón es que esta variable predomina sobre las demás.

Figura 5

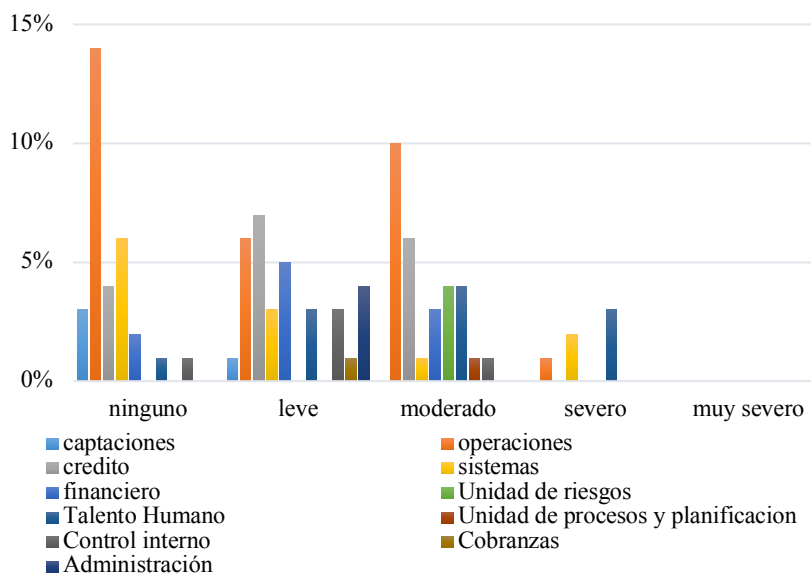
Niveles de depresión según la variable “estudios”



En la figura número 5, se evidencia que aquellas personas que tuvieron estudios de “segundo nivel” mostraron que el grado de depresión que prevalece es el de “moderado” con el 10%. Los de “tercer nivel” el grado “leve” con el 21% y finalmente, los de cuarto nivel, el grado “leve” y “moderado” obtuvieron el mismo porcentaje mayoritario con el 5%. Los casos severos se encuentran en trabajadores con estudios de tercer nivel con el 5% y de cuarto nivel con 1%.

Figura 6

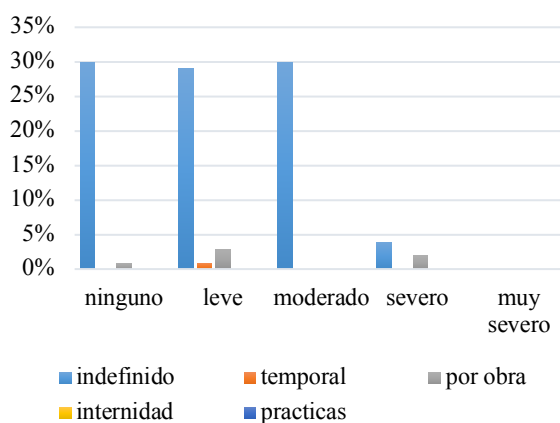
Niveles de depresión según la variable “departamento”



En la figura 6, se muestra que, en los departamentos de captaciones, operaciones el grado de depresión que mayor porcentaje obtuvo fue de “ninguno” con

el 3%, 14% y 6% respectivamente. Por otro lado, en el grado de depresión “moderado” fue el que más porcentaje obtuvo en los departamentos de Crédito (7%), Financiero (5%), Control Interno (3%), Cobranzas (1%) y Administración (4%). El grado de depresión “moderado” fue el que más se destacó en los departamentos de Unidad de Riesgos (4%), Talento Humano (4%) y Unidad de procesos y planificación (1%). En la categoría severo se presentan porcentajes del 1% en el departamento de Operaciones, el 2% en Sistemas y el 3% en Talento Humano.

Figura 7
Niveles de depresión según la variable “contrato”



En la figura 7, podemos observar que en la categoría “ninguno” del inventario IDS- SR, se obtuvo un porcentaje del 30% en la variable “indefinido” y un porcentaje del 1% en contrato “por obra”. No se presentaron resultados en las variables: temporal, interinidad o prácticas. Demostrando así que aquellos que poseen un contrato indefinido muestran más índice de trastorno depresivo a comparación de trabajadores con los demás contratos.

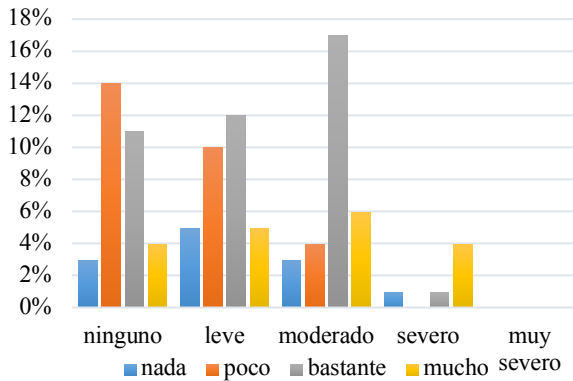
3.6 Relación preguntas Covid-19 con Inventario IDS-SR

En este apartado, mostraremos la relación que existe entre, las preguntas sobre la pandemia actual (COVID-19), que arrojan cómo se han visto afectados los trabajadores con la misma, y según la gravedad o su grado de trastorno depresivo que han arrojado. Se establecieron 2 preguntas, que ayudarían a fundamentar lo primordial sobre su desempeño y cotidianidad laboral. Las preguntas fueron: pregunta 1; ¿Qué tan afectada se ha visto su vida cotidiana el tener que proceder a un tele-trabajo por causa de la pandemia? Y pregunta 2; ¿En qué nivel considera usted que le ha afectado la

pandemia actual (COVID-19) en su desarrollo laboral? Debajo de cada figura se explicará los porcentajes arrojados con la encuesta y mostrará los resultados con mayor importancia.

Figura 8

Niveles de depresión en relación a la primera pregunta sobre COVID

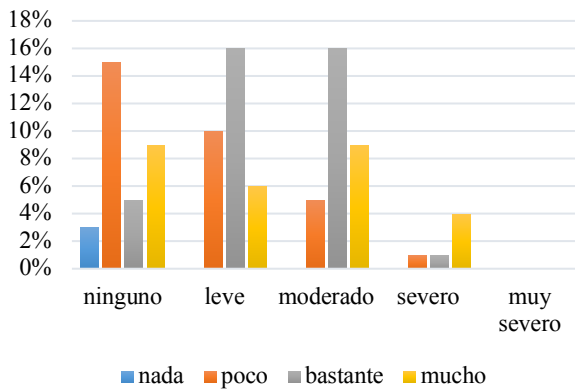


En la figura 8 se puede observar que la categoría “ninguno” en relación con la escala, el mayor porcentaje se obtuvo en la sección “poco” con el 14%. En “leve” predomina la sección “nada” con el 5%. Además, en “moderado” prepondera la sección “bastante” con el 17% y “mucho” con el 6%. Con lo que respecta a los casos severos se muestran porcentajes del 1% en “nada” y “bastante” mientras que en “mucho” se observa el 4%.

Tomando en cuenta los resultados se plantea que aquellos que poseen un grado moderado de depresión les ha afectado “bastante” es decir, de manera significativa el tener que trabajar desde casa por teletrabajo perturbando su vida cotidiana como la conocían antes de la pandemia. Por otro lado, aquellas personas que presentaron un grado severo de depresión mostraron que se han visto afectados “mucho” al tener que trabajar desde casa, de los cinco casos severos 3 han arrojado la variable “mucho” siendo mayoría. Por último, aquellos que no poseen ningún grado de depresión no se han visto afectados en ningún nivel al tener que trabajar desde casa.

Figura 9

Niveles de depresión en relación a la pregunta 2 de pregunta sobre COVID



En la figura 9 se puede observar que en la categoría de “ninguno” las variables que mayor porcentaje mostraron fueron “nada” con el 3%, “poco” con el 15% y “mucho” con el 9%. En la categoría “leve” preponderó la variable “bastante” con el 16%. Finalmente, en la categoría “moderado” los porcentajes mayoritarios fueron en las variables “bastante” con 16% y “mucho” con el 9%.

Lo que respecta a los casos severos mostraron porcentaje del 1% en las variables “poco” y “bastante”, mientras que en “mucho” el 4%.

Los resultados muestran que aquellos trabajadores que no poseen ningún grado de depresión les ha afectado poco en su desempeño, si bien aquellos que tienen un grado “leve” y “moderado” muestran que se han visto afectados “bastante” en lo que respecta a su desempeño laboral debido a la pandemia. Mientras que aquellos que poseen un nivel severo les ha afectado “mucho” en lo que concierne a esta pandemia y la situación actual, tomando en cuenta que esta variable es el tope de la escala por lo que de los 5 casos severos existente a 3 de ellos se sienten afectados en altos niveles por la pandemia en su eficiencia laboral.

3.7 Socialización

Después de haber obtenido los resultados, bajo la escala escogida y las respuestas con relación al COVID, se empezó un proceso de socialización con los directivos el cual consta de puntos de entrega de resultados; la explicación de los

mismos, recomendaciones y la retroalimentación, lo cual guía a la Cooperativa sobre cómo reaccionar y manejar la información, con el tiempo oportuno.

Como primer paso del proceso, se les presentó un informe, explicando lo que representan los resultados de cada trabajador, lo que abarcan los casos severos dentro de la empresa, y se les ayudo a aclarar ciertas dudas, brindándoles una serie de recomendaciones para los resultados que emergieron de gran importancia y los cuales se necesita un seguimiento continuo; dentro de esas recomendaciones, fue realizar el seguimiento pertinente a los departamentos, donde se presentaron los casos, como una medida preventiva, para que no trasciendan en cuestiones “muy severos”. Posteriormente, se les hace una retroalimentación sobre cómo fue realizado el proceso de ponderación de resultados; dentro de lo que conlleva este paso, donde se expuso la importancia de tener, como prioridad, un seguimiento a los trabajadores, sobre su salud mental. También, se les explicó algunos Test e inventarios, con los cuales pueden medir los distintos tipos de Trastornos que existe. Finalmente, con las respuestas obtenidas por las preguntas del COVID, se les advirtió la importancia de instaurar procesos para proteger la salud mental en la empresa, dentro de lo que conlleva el tiempo de duración de la pandemia en el país.

De esta manera, con los resultados y las recomendaciones, la empresa puede integrar un ambiente laboral que se basa en la relevancia de la salud mental, proveyéndoles a cada uno de sus trabajadores, todos los recursos necesarios para sobrellevar la situación a la que se enfrentan, de ser el caso de los trabajadores que puntuaron niveles importantes de depresión.

DISCUSIÓN

Los estudios de la Organización Mundial de la Salud indica que, actualmente, la depresión afecta más de 300 millones de personas en el mundo, considerándola como la principal causa mundial de discapacidad, aportando a las estadísticas generales de morbilidad. El Trastorno depresivo al ser un problema de salud bastante grave, principalmente cuando tiene larga duración y su intensidad es de moderada a grave, puede llevar, en últimas instancias al suicidio, estadísticas de la OMS demuestran que cerca de 800 000 se suicidan al año, convirtiéndola en la segunda causa de muerte en personas de entre 15 a 29 años (OMS, 2020).

También, se realizó un estudio donde se conjeturó los costos del tratamiento y sus resultados, en el entorno de salud mental, en 36 países de distintos ingresos, con un tiempo estimado de 15 años, es decir, que va desde el año 2016 al 2030. Se obtuvo como resultados, que los escasos niveles de acceso a la atención para los individuos que sufren de depresión y otros trastornos, generan una pérdida económica global de un billón de dólares cada año (OPS, 2017). Dentro del ámbito de salud mental se han presentado infinidad de estudios, uno de ellos obtuvo resultados que demuestran una prevalencia excesiva de trastornos mentales al compararlo con países como Perú y Colombia, los cuales obtuvieron un 13% y 16% respectivamente, mientras que en el Ecuador un 20.73%. A la par, en el mismo estudio se asimiló la prevalencia de los distintos tipos de enfermedades mentales que se atienden en un primer nivel de atención médica en la ciudad de Quito, en el que se muestra que las mujeres ostentan un 18.8% de trastornos depresivos y ansiosos, mientras que, dentro del estudio realizado en la Cooperativa, con respecto a la muestra, se obtuvo una prevalencia del 68,75% del Trastorno depresivo (Balseca & Serrano, 2018).

Dentro de los resultados obtenidos en la compañía, sus efectos fueron bajos en cuanto a la gravedad, pero alto en lo que respecta a la existencia del trastorno. En su muestra de 80 personas se despliega un predominio del sexo Femenino, donde se vio una frecuencia de sujetos de entre 44-51 años. En este tipo de sociedades preponderan bastante aquellos trabajadores adultos que tienen más experiencia en el ámbito bancario y donde los gerentes tienen más confianza hacia los mismos, en altos cargos. La prevalencia de la depresión, en este estudio, se obtuvo un porcentaje del 68,75% en

relación a los 80 encuestados, donde varían de gravedad entre leve, moderado y severo, ratificando resultados de un estudio realizado en el 2012 denominado: “Enfermo en el trabajo: Mitos y verdades sobre la salud mental y el trabajo” donde nos muestra que uno de cada cinco trabajadores, que vale al 20% de la mano de obra, poseen problemas mentales tal como depresión o ansiedad, y la mayoría subsiste con esta enfermedad a lo largo de su vida (Organización para la Cooperación y el Desarrollo económico, 2012).

En la cooperativa se encontró un porcentaje del 6% que sufren de un Trastorno depresivo Severo, el cual puede desencadenarse en casos de categoría “muy severa” y que, según el DSM-V puede llegar al suicidio, corroborando con un estudio de la Organización Mundial de la Salud donde declara que en América Latina y en el Caribe, de la mayoría de los trastornos mentales, el más común es la depresión con un 5% siendo uno de los que encabeza la lista de mayor morbilidad en cuanto a trastornos mentales (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Con los datos obtenidos de la encuesta, relacionamos aquellos trabajadores que arrojaron resultados de categoría “grave” por la escala IDS-SR y las preguntas realizadas sobre la pandemia actual (COVID), se muestra que estos trabajadores han sido los más afectados al tener que trabajar desde casa y modificar su vida diaria, lo cual puede producir un rendimiento laboral bajo y disminuir su productividad, induciendo un problema empresarial como personal para cada trabajador (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2012).

En los resultados obtenidos, se explica que dentro de los datos sociodemográficos estudiados, el sexo femenino es aquel que tiene mayor prevalencia en cuanto a tener un trastorno depresivo con un 46.25% dentro de la muestra establecida, de estos casos encontrados las edades que preponderan son entre 44-51, esto revalidan los estudios realizados a nivel Nacional que exponen que en el Ecuador, según datos del año 2015, de 2.088 personas atendidas por trastornos depresivos, la proporción mayoritaria fue para mujeres con el 64% entre edades desde los 19 hasta los 59 años (Salazar y Serna, 2019). Cabe recalcar que debido a que dentro de la empresa la gran mayoría son mujeres, también se presentan casos de trastorno depresivo en el sexo masculino, no obstante, aunque su número es menor en capacidad

dentro de la empresa, también arrojan resultados altos en lo que corresponde a la existencia de un trastorno depresivo.

Lo que compete a los datos sociodemográficos del estado civil, se muestra que aquellos trabajadores que están casados son los que mayores resultados tienen en prevalencia del trastorno depresivo, demostrando así los resultados obtenidos dentro de la provincia del Azuay con el estudio “Prevalencia y factores asociados de depresión en el adulto mayor de la comunidad Daniel Córdova Toral del cantón Gualaceo, período marzo-septiembre 2014”, en el cual se encontró que, del total de personas estudiadas, el 63% poseen depresión moderada según el test de Yesavage y de las personas que repercutieron con depresión moderada según el mismo test, el 36% pertenece al género femenino, el 39% son casados (Guncay, 2012) a pesar de estos resultados, el artículo “Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados” publicado en el año 2008, nos implanta que contrario al artículo anterior, lo que refiere al estado civil de aquellos individuos separados, divorciados o viudos poseen un porcentaje mayor de trastornos depresivos. Aquellos individuos que se encuentran divorciados, separados o viudos presentan un riesgo más alto de exteriorizar cualquier trastorno del estado de ánimo y después de un tiempo presentar uno o dos más (Campo & Cassiani, 2008) contrario al artículo publicado en 2006 que explicaba el haber encontrado que los hombres al estar casados les resulta favorable, sin embargo, desplegaron resultados donde que mujeres viudas poseían un alto porcentaje sintomatología depresiva (Matud, Guerrero, & Matías, 2006).

CONCLUSIONES

La depresión muestra una repercusión en el desempeño y cumplimiento de las actividades diarias del ser humano, como dentro de su área de trabajo, siendo partes influyentes factores como la edad, el sexo, estado civil, el puesto y el nivel de educación para esclarecer los componentes que reflejan episodios depresivos, para así tomar en cuenta. Es de vital importancia la implementación de medios que aseguren un correcto diagnóstico y seguimiento para los trastornos depresivos, pues al avanzar a un nivel más grave produce ideas suicidas y mal comportamiento con las personas con las que se rodea, direccionando así empleados que no producen ganancias extrínsecas o intrínsecas.

A pesar de que ya existen varios programas desarrollados especialmente para empresas, para personas con depresión, somos un país que sigue sin dar la importancia que se requiere a este tipo de situaciones como un medio para un ámbito laboral neutral y cómodo. La depresión produce incapacidad y esa incapacidad compone costos personales como laborales. Estos trastornos tienen síntomas claves que ayudan a indagar los motivos o razones de los trabajadores por los cuales dejaron de comportarse como antes. Si bien es un tema controversial es alarmante la cantidad de casos que va en aumento y que muestran una morbilidad alta.

Gracias a la alta validez del Inventario IDS-SR se pudo diagnosticar los casos con mayor gravedad dentro de la empresa, los cuales presentan, en una alta intensidad: alteraciones del sueño, irritabilidad, la falta y aumento del apetito. El poseer casos graves dentro de la compañía puede llevar a renuncias o alteración en el clima del lugar de trabajo. Dentro de la Cooperativa, se demuestra una prevalencia alta donde se justifica que ser mujer, tener un estado civil entre soltero, divorciado o viudo son propensos a presentar mayores rasgos de depresión que aquellos que se encuentran en un matrimonio y que son del sexo masculino.

En la empresa se evidenció resultados donde el nivel “severo” del trastorno depresivo tuvo un 6.25% de los 80 trabajadores encuestados, si bien es un porcentaje bajo y tal vez no tan preocupante hay que tomar en cuenta que de la población existe un 32.5% en nivel leve y un 30% en moderado, esto quiere decir que, si no se llega a tratar y dar seguimiento estos 50 casos que es lo correspondiente en número de

empleados, pueden llegar a convertirse en casos severos y los casos severos en muy severos. La empresa cuenta con 100 trabajadores en total y de los 100 los 50 tienen indicios de síntomas depresivos lo cual es alarmante pues equivale al 50% de la empresa. De estos resultados generales en los niveles “leve” y “moderado” los porcentajes son altos en el sexo femenino con el 20% y 21% respectivamente, evidenciando que las mujeres son más propensas a desarrollar trastornos depresivos.

Por otro lado el 31% de los trabajadores no muestran ningún síntoma nuevamente el sexo femenino posee una ponderación más alta con el 20% y los hombres con el 11%, el ser cooperativa que tiene dentro de su nómina más mujeres que hombres y las mismas ser el núcleo de un problema de depresión es porque no se le da la importancia o relevancia necesaria a los síntomas que se ven día a día en el trabajo, se pasa por desapercibido cuando los trabajadores empiezan a ausentarse o a disminuir el ritmo que llevaban, los supervisores de cada departamento deben ser los principales encargados de poner como principal preocupación la salud mental de sus compañeros.

La depresión ya no debería ser un tabú ni muchos menos subestimar el efecto que tiene el mismo en cada una de las personas que lo padecen o que recién están empezando a exteriorizarlo, las organizaciones necesitan implementar cuidados para el bienestar mental de sus trabajadores tanto de altos mandos como de los más bajos. Una empresa que tiene empleados funcionales a nivel emocional, es una empresa que genera resultados a nivel global.

RECOMENDACIONES

Como recomendaciones es primordial desarrollar más programas y leyes que promuevan una preocupación y consideración relevante en las organizaciones con lo que respecta a la salud mental de sus trabajadores, estableciendo un porcentaje económico para los recursos que serán dirigidos para el programa establecido. Contrastando costes y beneficios sociales relacionados con la intervención y seguimiento.

Con lo que respecta a la empresa, es de vital importancia empezar a hacer un seguimiento a los casos que han resultado de manera “severa” y “moderada” sensibilizando a la cooperativa en general la importancia de la empatía a los compañeros que puedan presentar síntomas y los beneficios de la prevención en conjunto con un tratamiento adecuado.

Implementar capacitaciones al departamento de Talento Humanos sobre el uso y manejo de herramientas específicas para la depresión y aplicarlo una vez al mes creando una base de datos explícita que permita promover dentro de la empresa la sensibilización sobre los trastornos y proceder a tener más presente a sus trabajadores.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J., Pujalte, L., Garre, I., ... & Vicente, M. (2007). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud. Regio de Murcia consejería de sanidad.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Arango-Dávila, Cesar A., y Rincón-Hoyos, Hernán G. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47 (1), 46-55. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
- Balseca, María., & Serrano, Esteban. (2018). *Prevalencia de trastornos mentales y su relación con la funcionalidad y estructura familiar en parroquias rurales del cantón Cuenca en el año 2018* (Trabajo de titulación previo a la obtención de título de médico, Universidad del Azuay). Cuenca-Ecuador.
- Benedito Monleón, M. C., Carrió Rodríguez, M. C., del Valle del Valle, G., & Domingo González, A. (2004). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordad sintomatología depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 24(92), 165-166.
- Bistuer Flores Ruiz, M. (2018). Guía-protocolo para el manejo del paciente con depresión en el mundo del trabajo. España: GRUPO DE TRABAJO GUÍAS Y PROTOCOLOS-AEEMT.
- Borges, Guilherme, Medina-Mora, Maria Elena, Orozco, Ricardo, Ouéda, Christiane, Villatoro, Jorge, & Fleiz, Clara. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud mental*, 32(5), 413-425. Recuperado en 11 de abril de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500008&lng=es&tlng=es.
- Campo-Arias, Adalberto y Cassiani Miranda, Carlos Arturo (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (4), 598-613. [Fecha de Consulta 13 de junio de 2020]. ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80637410>
- Cano, Juan Fernando, Gomez Restrepo, Carlos y Rondón, Martín. (2016). Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (3), 146-155. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.0060034-7450>

- Córdoba Coronel, J. J., Fuentes, A., & Ruiz Rincón, C. (2011). Revisión bibliográfica sobre características sociodemográficas y repercusiones de la depresión en el trabajador. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(223), 174-187.
- Gili, M., Luciano, J.V., Bauzá, N. et al. Psychometric properties of the IDS-SR30 for the assessment of depressive symptoms in spanish population. *BMC Med Res Methodol* 11, 131 (2011).
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t 2013/06*
- Guncay Calle, L. E. (2014). Prevalencia y factores asociados de depresión en el adulto mayor de la comunidad Daniel Córdova toral del cantón Gualaceo, periodo marzo-septiembre 2014.
- Heinze G, Camacho PV. (2010). Guía clínica para el Manejo de la Depresión. Ed. S Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: *Instituto Nacional de Psiquiatría*. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.)
- Ibarra-Alcantar MC, Ortiz-Guzmán JA, AlvaradoCruz FJ, Graciano-Morales H, Jimenez-Genchi A. Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud Mental*. 2010;33(4):317-24.
- Josué Díaz, Lídice, Torres Lio-Coo, Vladimir, Urrutia Zerquera, Eugenio, Moreno Puebla, Reynol, Font Darías, Ileana, & Cardona Monteagudo, María. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35(3) Recuperado en 20 de enero de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es&tlng=es.
- Leal, E. C., Regàs, P. I., Planas, M. G., Forteza, G. L., González, J. S., & Ruiz, J. S. (2016). El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatría Biológica*, 23(3),112-117.
- López-Ibor, M. (2016). Tristeza versus depresión: sentimientos cotidianos versus trastornos del humor y el valor adaptativo de la tristeza. *Anales de la Real Academia de Doctores*, 1(1), 103-112.
- Machado, A. V. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *Multimed*, 20(3), 586-602.
- Matud, M. P., Guerrero, K., & Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Mejia Briones, L. I. (2019). Identificar factores determinantes que influyen en el bienestar laboral de los colaboradores de una empresa comercial (Master's thesis).
- Mingote Adán, J. C., Pino Cuadrado, P. D., Sánchez Alaejos, R., Gálvez Herrer, M., & Gutiérrez García, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental:

- Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57, 188-205.
- Miranda Salazar, S. C., & Serna Rodas, M. F. (2019-05-10). Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en trabajadores de lácteos, Cuenca 2018. (Bachelor's thesis). Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32625>
- Molina, L., & Arranz, B. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona: Amat.
- Morales Fuhrmann, C. (2017). *La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar*.
- Moreno, E. A., & Hiriart, G. M. (2014). Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), 1-14.
- Organización Mundial de la Salud. (30 enero de 2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (30 marzo del 2017). "*Depresión: hablemos, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad*". https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Ginebra%2FWashington%2C%2030%20de%20marzo,18%25%20entre%202005%20y%202015.
- Organización para la cooperación económica y el desarrollo. (2012). *¿Enfermo en el trabajo?: Mitos y realidades sobre la salud mental y el trabajo*. París: Publicaciones de la OCDE.
- Peralta-Pedrero, M. L., Mercado-Castelazo, E., Cruz-Avelar, A., Sánchez-Márquez, O., Lemus-Rocha, R., & del Carmen Martínez-García, M. (2006). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(5), 409-414.
- Pezo Silva, Maria Concepción, Costa Stefanelli, Maguida, & Komura Hoga, Luiza Akiko. (2004). La familia conviviendo con la depresión: de la incomprensión inicial a la búsqueda de ayuda. *Index de Enfermería*, 13(47), 11-15. Recuperado en 20 de enero de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300003&lng=es&tlng=es.
- Puentes Vargas, M. C., & Sotomayor Nuñez, A. M. (2016). *Estudio comparativo de cuatro factores: depresión, somatización, ansiedad y agotamiento en dos empresas colombianas* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
- Restrepo Ochoa, D. A., & Jaramillo Estrada, J. C. (2012). *Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública*.
- Rush AJ, Giles DE, Schlessler MA, Fulton CL, Weissenburger J, Burns C. The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Res*. 1986;18(1):65-87. doi:10.1016/0165-1781(86)90060-0
- Rush, A., Guillion, C., Basc, M., Jarret, R., & Trivedi, M. (9 de Julio de 2009). Cambridge University Press.

- Saavedra, E., Castro, A., & Inostroza, A. (2011). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Pequén*, 1(2), 161-184.
- Sánchez, V. P., & Santos, P. M. (2019). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5070-5074.
- SANIDAD, S. S. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). La depresión: Lo que usted debe saber (Publicación de NIH Núm. SP 15-3561). *Bethesda, MD*: U.S. Government Printing Office.
- Vázquez, Ó. G., Castillo, E. R., García, A. M., Ponce, J. L. A., & Aguilar, S. A. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II en pacientes con cáncer. *Psicología y salud*, 26(1), 43-49.
- Vicente-Herrero MT (coord.) Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E, Vicente-Herrero MT. Ruiz-Flores Bistuer M. (2018) Guía-Protocolo para el manejo del paciente con depresión en el mundo del trabajo. *Grupo de Trabajo Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT)*.
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 2-11.

ANEXOS

Anexo 1: Diseño de tesis

1. DATOS GENERALES

Nombre del estudiante Serpa Román Paula Alejandra			
Código 79341	Teléfono convencional 4074630	Teléfono celular 0995361086	Correo electrónico Paulaserpa.r97@hotmail.com
Director sugerido Mario Eduardo Moyano Moyano			
Tribunal designado (de acuerdo a la normativa de la Facultad)	Master Amada Cesibel Ochoa		
	Ps. Carlos González		
Fechas de Aprobación	Junta académica: 04/13/2020		
	Consejo de Facultad: MM/DD/AÑO		

DATOS SOBRE LA INVESTIGACIÓN	
Línea de Investigación Psicología Organizacional	Código 610104
Tipo de trabajo (señala una de las opciones que prevé el Reglamento de Régimen Académico)	
<input checked="" type="checkbox"/> Proyecto de investigación <input type="checkbox"/> Proyecto integrador <input type="checkbox"/> Estudio comparado <input type="checkbox"/> Propuesta metodológica <input type="checkbox"/> Producto artístico <input type="checkbox"/> Dispositivo tecnológico <input type="checkbox"/> Plan de negocios <input type="checkbox"/> Proyecto técnico <input type="checkbox"/> Trabajo experimental	
Título propuesto: Prevalencia del Trastorno depresivo en trabajadores de una cooperativa de ahorro y crédito en la ciudad de Cuenca	
Estado del Proyecto:	El proyecto de investigación a realizarse es nuevo en el área.

2. CONTENIDO

2.1 Resumen: Se realizará un estudio sobre la prevalencia del Trastorno depresivo en empleados de una Cooperativa de ahorro y crédito en la ciudad de Cuenca. Establecer cuál es el nivel del estado de ánimo depresivo, que predomina en la empresa, para buscar un método de afrontamiento y ayuda que equipare un rendimiento máximo en su desarrollo. Debido a la poca información y falta de prevención de cuidado para distintos trastornos mentales en las empresas, es imprescindible generar conciencia sobre los mismo en el desarrollo personal de cada trabajador. Este estudio ayudará a las distintas organizaciones a tener presente el bienestar emocional de quienes hacen parte de su grupo de trabajo.

2.2 Problemática:

A nivel mundial el trastorno depresivo se ha visto estigmatizado. En una entrevista al Dr. Édison Almeida (2019), mencionó que en el Ecuador no se cree que las enfermedades mentales son realmente una patología o una enfermedad, sino se le considera una debilidad de carácter, aseguran que la voluntad no es suficiente para el manejo emocional y a veces la propia familia trata de encubrir perjudicando al paciente; la estigmatización viene desde las personas que les rodean.

El gerente del proyecto de Salud Mental del Ministerio de Salud (2019), mostro que el 30% de las personas que se han autolesionado o suicidado tenía un antecedente relacionado a la depresión. En el Ecuador treinta de cada cien personas sufren algún problema de salud mental. En el Azuay los datos indican que alrededor de 1623 personas presentan depresión en las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago en el año 2018, según estadísticas de la coordinación zonal 6 del ministerio de Salud Pública (2018).

Dentro del ámbito laboral, la depresión, genera una pérdida de motivación por su trabajo, aumenta el nivel de ausentismo, y produce más coste administrativo. En la Cooperativa de ahorro y crédito, no se ha realizado pruebas para conocer la salud

mental de sus distintos trabajadores. Por lo que se ha visto la necesidad de investigar **¿Existe un nivel de prevalencia de trastorno depresivo en trabajadores en la Cooperativa?** De esta manera se logrará encontrar casos de depresión y poder intervenir, en conjunto con el departamento de talento humano, de manera rápida.

2.3 Estado del Arte y Marco Teórico:

La salud mental según la Organización Mundial de la Salud es definida como un estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo como la deserción de enfermedad. Dentro de las organizaciones existe un sin número de personal el cual es parte fundamental del funcionamiento de la empresa, cuando este factor se ve afectado emocionalmente, este mismo puede perjudicar también el potencial de la empresa. Cuando se trata de los empleados de una empresa, deberíamos hablar de una parte fundamental de la misma, pues bien, se dice que mientras ellos estén felices en su área de trabajo y se sientan comprometidos, la misma empresa lograra resultados más allá de los esperados. Existen distintos trastornos emocionales que perjudican el comportamiento de las personas y entre uno de ellos el más común, es la depresión.

La depresión no solo se considera un problema médico, sino que paralelamente también es parte de un fenómeno social (Dr. Carlos J. Finlay, 2006). Es un trastorno mental que va en aumento en la población en general y se hace cada vez más presente en las familias, incentivando la búsqueda de ayuda tanto en los servicios de atención primaria de la comunidad como en los servicios psiquiátricos y hospitales generales, en sus diversas unidades. Es considerada una enfermedad que pasa desapercibida tanto para los profesionales cuanto, para las familias, afectando los resultados de la asistencia al paciente (Pezo, Costa & Akiko, 2004).

Actualmente, una de cada seis personas de la población, en algún punto de su vida sufrirá de depresión, considerándola la segunda principal causa de incapacidad a nivel mundial, para el año 2020, apenas superada por las enfermedades cardíacas. Esto se ha vuelto un asunto, que debido a las proporciones epidémicas que puede abarcar, está concientizando a las autoridades sanitarias gubernamentales de los distintos países del mundo, a movilizar recursos para enfrentarla. El aumento de la depresión es una

realidad actual y a pesar de los avances tecnológicos y científicos utilizados para diagnosticarla no se conoce aún su génesis (Pezo, Costa & Akiko, 2004). La depresión puede llegar a hacerse crónica o periódica y complicar el desempeño en el trabajo o la escuela y su capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede llevar al suicidio. Si es leve, se puede manejar sin necesidad de medicamentos. (OMS, 2019)

Dentro de lo que conlleva lo que es tener un trastorno depresivo viene una cantidad de síntomas específicos en cierto período de tiempo que ayuda a esclarecer y diagnosticar que efectivamente es este trastorno y diferenciarlo del resto. La tristeza es sólo una pequeña parte de la depresión. Algunas personas con depresión quizás no se sientan tristes en absoluto. La depresión tiene muchos otros síntomas, incluyendo algunos físicos (National Institute of Mental Health, 2015):

Los hombres presentan un distinto perfil sintomático a comparación de las mujeres. Donde en el perfil femenino predomina la fatiga, insomnio, irritabilidad y pérdida de interés por el trabajo. Por otro lado, los hombres deprimidos, expresan en menor intensidad sentimientos de tristeza y son menos propensos a la baja autoestima y sentimiento de culpa.

Sauther, Murphy & Levy (en Gil-Monte, 2010) definieron los factores psicosociales de riesgo como aquellas circunstancias presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del puesto, la realización de la tarea y el entorno del trabajador. Aunque es difícil definir cuáles elementos del medio psicosocial son relevantes para la salud. Aun cuando los riesgos psicosociales están en proceso de investigación de psicólogos y epidemiólogos en el ámbito sanitario, lo psicosocial, en la mirada biomédica, suele ser cualquier condición que se aparte de lo estrictamente físico, químico o biológico, lo que genera confusión en la práctica, debido a la falta de precisión con que se emplea el concepto psicosocial. Cabe resaltar que ahora existen constructos y modelos que ayudan a precisar y acotar el campo de estudio. (Ansoleaga & Miranda-Hiriart, 2014)

Existen diferentes aspectos de la organización laboral que están relacionados con la aparición de alteración en el estado de ánimo en los trabajadores cuando no se

ajustan a sus necesidades, expectativas y capacidades y son moderados por factores individuales y del contexto organizativo. Es primordial señalar la combinación de la alta demanda y el bajo apoyo social como predictor de aparición de procesos depresivos. Aspectos como el desequilibrio en la recompensa, la injusticia organizacional, conflictos interpersonales, el estrés laboral y la inseguridad laboral, actuando independientemente o de forma conjunta, pueden precipitar el desarrollo de un cuadro depresivo. (Bistuer Flores Ruiz, 2018)

El Inventario de Sintomatología Depresiva (IDS) creada por el psiquiatra Augustus John Rush, nacido el 15 de diciembre de 1942. Es profesor jubilado en la facultad de Medicina Duke de la Universidad Nacional de Singapur y profesor adjunto de psiquiatría y ciencias del comportamiento en la Facultad de Medicina de la Universidad de Duke. Autor y editor de más de 10 libros y 600 artículos de revistas científicas. El Inventario de Sintomatología Depresiva es una herramienta de evaluación que se puede utilizar para detectar el nivel de gravedad de la depresión y se utiliza ampliamente en grandes estudios multi-céntricos y ensayos clínicos nacionales e internacionales. El marco de tiempo para evaluar la gravedad de los síntomas suele ser un período de siete días antes de la evaluación. El IDS está disponible en dos versiones: una escala con calificación clínica (IDS-C) y una escala de auto informe (IDS-SR). Ambas versiones requieren un entrenamiento mínimo y son sensibles a los cambios con medicamentos, psicoterapia o tratamientos somáticos, por lo que son útiles tanto para fines de investigación como clínicos. El IDS se desarrolló para proporcionar ponderaciones equivalentes (0-3) para cada ítem de síntomas, las cuales determina la gravedad de los síntomas que han sido incluidos desde los criterios del DSM-IV necesarios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor.

Durante el desarrollo de la versión original, la selección de elementos del IDS se alineó con los criterios DSM y otras escalas de depresión existentes. Además, se incluyeron los síntomas de los subtipos ansiosos y melancólicos de depresión y otros síntomas atípicos. El proceso de selección fue apoyado por expertos clínicos y por pacientes (Rush et al, 1986). En su forma final, el IDS está compuesto por 30 ítems y el rango de puntaje total es de 0 a 84. Todos los ítems se califican en una escala de 0

(síntoma no está presente) a 3 (deterioro más fuerte). En la versión autoevaluada, un punto de corte de 18 o más indica la presencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante (Rush, Guillion, Basc, Jarret, & Trivedi, 2009). Las puntuaciones IDS han sido útiles para diferenciar las depresiones endógenas de las no endógenas y el trastorno distímico del trastorno depresivo mayor (Rush et al, 1986).

Para llegar a un diagnóstico específico de depresión; ya sea un episodio depresivo o distimia, se necesita primero establecer una entrevista con el paciente para comprobar que cumple con los criterios establecidos en el DSM V (Manual de diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría). Existen distintos tipos de depresión que van desde un episodio depresivo en el curso de una depresión recurrente o de un trastorno afectivo bipolar, la forma depresiva de un trastorno adaptativo, distimia o ciclotimia, trastornos orgánicos afectivos en el transcurso de una enfermedad somática (Manual de diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría).

En ciertos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz, pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otras señales, como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo en cualquiera de sus tres niveles, se requiere de una duración de al menos dos semanas, aunque se pueden aceptar periodos más cortos si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (López, 2007).

La intervención para la salud mental desde un enfoque biomédico se centra esencialmente en la atención profesional de los trastornos mentales por parte de los especialistas. El enfoque terapéutico convencional de la mayoría de los trastornos mentales se realiza a través de farmacoterapia, aunque en algunos casos se acude a otros métodos como la terapia electroconvulsiva y hasta la psicocirugía o cirugía para

trastornos mentales. La respuesta ante los problemas de salud mental de la población se centra en la ampliación de los servicios especializados como: incremento de número de profesionales, facilidades de acceso a los centros de salud mental, disponibilidad de medicamentos, mejoramiento de los recursos tecnológicos, etc. Para lograr una atención asistencial a las personas afectadas por trastornos mentales. (Restrepo, Jaramillo, 2012).

En un análisis reciente que se realizó con 41 estudios efectuados en varios países, la prevalencia general de depresión en atención primaria fue de 19.5%. Sin embargo, un resultado a priorizar en el trabajo fue la existencia de importantes diferencias entre las prevalencias de los países evaluados. En Europa, los resultados obtenidos de países como: Reino Unido, España, Portugal, Eslovenia, Estonia y Holanda, utilizando entrevista diagnóstica y criterios DSM-IV, demostró una prevalencia de depresión en las consultas de AP de un 12.2% siendo 8,5% para varones y 13.9 para mujeres. Además, en este estudio se encontró diferencias entre los países evaluados, siendo la mayor prevalencia para varones en Reino Unido (12,7%) y para mujeres en España (18,4%), agregando que las más bajas fueron de 4,4% y 6,5% para mujeres, ambas en Eslovenia. (Vindel, Salguero, Wood, Dongil, & Latorre, 2012)

Hoy por hoy, los trastornos depresivos, son la cuarta causa de discapacidad en el mundo y se espera que se conviertan en la segunda causa principal de morbilidad a nivel mundial. En el área de trabajo, parece tener un efecto muy desfavorable. En Estados Unidos, estudios han demostrado que el Trastorno depresivo Mayor se asocia con 27 veces más probabilidad de pérdida de trabajo que entre los trabajadores sin un trastorno mental y que el 44% de los trabajadores deprimidos reportaron que ellos perdieron uno o más días de trabajo por problemas emocionales en los últimos 3 meses. La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque presenta variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo (López, 2007).

Se estima que, dentro de las empresas, a pesar de la magnitud del problema, uno de cada 3 directivos afirma que no disponen de apoyo formal ni recursos para

afrontar las dificultades de los empleados con depresión y exigen una mejora en la legislación y políticas en materia de reinserción laboral de los pacientes que han sufrido de depresión. De forma semejante, un estudio europeo que se basó en una muestra de 21.425 pacientes de 6 países en los que constaban: Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia, mostro que aquellos que tenían episodios de depresión mayor pasan un 25% de los días del mes de media sin poder ejecutar su actividad laboral con normalidad, comparado con un índice del 3% entre las personas que no padecían de ningún trastorno. En Europa, se han desarrollado programas en empresas con resultados positivos. Como por ejemplo, el de Lundbeck, donde se han planteado cursos sobre cómo crear ambientes positivos y gestionar el estrés, así como acuerdos con psicólogos clínicos para que los empleados puedan recibir apoyo psicológico cuando lo necesiten; Unilever, que ha estructurado cursos de liderazgo para sus gerentes y un portan con las herramientas y recursos necesarios sobre depresión o British Telecom, que centró sus acciones en 3 niveles: promover la salud mental, apoyar cuando esta puede estar en riesgo, y gestionar los problemas de salud mental cuando aparezcan (Castellón, Regas, Planas, Forteza, Sanz González & Saiz, 2017).

Los conflictos familiares que afectan el trabajo, pueden considerarse un obstáculo para lograr el éxito y satisfacer las demandas en el trabajo y las responsabilidades, lo que disminuye la capacidad de una persona para construir y mantener un ambiente positivo relacionado con el trabajo. Los costes de la depresión no solo abarcan la discapacidad, el tratamiento, el absentismo y los costos administrativos, sino de igual manera el desempeño en el trabajo o preceptismo. (Córdoba, Fuentes & Ruiz, 2011).

2.4 Hipótesis y / o Preguntas de Investigación:

Pregunta General:

¿Cuál es la prevalencia del trastorno depresivo en trabajadores de la cooperativa de ahorro y crédito en la ciudad de Cuenca?

Sub preguntas:

¿Qué factores sociodemográficos están más relacionados con indicadores de depresión?

¿Cuál es el nivel de depresión que existe en los trabajadores?

2.5 Objetivo general: Identificar la prevalencia del trastorno depresivo en trabajadores de una Cooperativa de ahorro y crédito en la ciudad de Cuenca

2.6 Objetivos específicos:

1. Analizar los datos obtenidos por el Inventario de Sintomatología Depresiva.
2. Relacionar los datos sociodemográficos-laborales con los niveles de depresión.
3. Identificar la influencia de los niveles de depresión con el COVID-19
4. Socializar resultados con los directivos

2.7 Metodología:

2.7.1 Tipo de investigación

Esta es una investigación no experimental, con un enfoque metodológico cuantitativo ya que se aplicará test para medir la depresión. Además, es un estudio de tipo exploratorio ya que no se posee una base de datos que comprueba un antecedente de trastorno depresivo en la empresa. Y es un estudio relacional, ya que se usará los datos sociodemográficos y las distintas variables que mide el test para establecer una relación.

2.7.2 Universo y muestra

La unidad de análisis son los trabajadores de la cooperativa de ahorro y crédito en la ciudad de Cuenca. La empresa solo posee sucursales en la ciudad de Cuenca, siendo un universo total de 100 trabajadores y la muestra escogida consta de 80 trabajadores, tomando como 95% de porcentaje de confianza y un 5% de margen de error.

2.7.3 Instrumento y método

Para obtener la información se aplicará un Inventario de Sintomatología Depresiva auto aplicable, del autor Augustus John Rush de nacionalidad estadounidense, psiquiatra de renombre internacional; este inventario mide el nivel de gravedad de depresión, un

punto de corte de 18 o más indica la presencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante.

El test evalúa tres dimensiones (cognitiva / anímica, ansiedad / excitación y vegetativa) para cada escala. Dada la cobertura de ítems más completa, las propiedades psicométricas satisfactorias y las altas correlaciones con las clasificaciones estándar anteriores, los IDS-C e IDS-SR de 30 ítems se usan para la evaluación de la gravedad de síntomas depresivos.

Para determinar si el IDS-SR y el IDS-C miden la depresión de manera consistente con las evaluaciones más utilizadas, Rush et al. (1996) examinaron la relación entre los puntajes IDS y QIDS, y los puntajes HRSD y BDI en una muestra de 434 pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor (MDD) y 103 controles normales. Las puntuaciones totales de IDS y QIDS fueron comparables a las obtenidas por el HRSD 17 y el BDI, con correlaciones de momento del producto Pearson de 0.95 entre el IDS-C y el HRSD, y 0.88 entre el IDS-SR y el HRSD. El coeficiente de correlación entre IDS-C e IDS-SR fue de 0,91. La correlación entre el BDI 21 y el IDS-C fue de 0,86, mientras que fue de 0,93 entre el BDI 21 y el IDS-SR. En una muestra de 68 pacientes ingresados recientemente con MDD, Corruble et al. (1999) encontraron que el MADRS estaba correlacionado con el IDS-C ($c = 0.81$); y el factor de depresión de 20 ítems del SCL 90 (Derogatis, 1977) se correlacionó con el IDS-SR ($c = 0,84$). Rush y col. (2004) encontraron altas correlaciones entre el QIDS-SR y el IDS-SR ($c = 0.96$), HRSD 17 ($c = 0.81$), HRSD 21 ($c = 0.82$) y HRSD 24 ($c = 0.84$) en la salida entrevista después de 12 semanas de tratamiento ambulatorio en fase aguda ($n = 596$). Además, las correlaciones entre el IDS-SR y el HRSD 17, HRSD 21, HRSD 24 las puntuaciones totales fueron 0,84, 0,85 y 0,86, respectivamente, lo que proporciona evidencia de que el IDS y el QIDS están midiendo los síntomas depresivos de la misma manera (Trivedi et al, 2004) encontraron que la puntuación total QIDS-SR estaba altamente correlacionada con la puntuación total IDS-SR para 544 pacientes ambulatorios adultos con MDD ($c = 0,83$). También encontraron correlaciones sólidas entre las puntuaciones totales QIDS-C e IDS-C para pacientes ambulatorios con MDD ($c = 0,82$, $n = 544$) y trastorno bipolar (BD) ($c = 0,81$, $n = 402$).

En un análisis retrospectivo, Rush et al. (2000) encontraron niveles comparables de sensibilidad al cambio en la severidad depresiva al comparar HRSD 24y los puntajes IDS-SR en una muestra de 993 pacientes ambulatorios con MDD. En 596 pacientes ambulatorios adultos con MDD crónico no psicótico, Rush et al. (2003) encontraron que el IDS-SR y el QIDS-SR eran igualmente sensibles al cambio de síntomas, cuando se consideraban una variable discontinua (respuesta o remisión), aunque el QIDS-SR parecía ser un poco menos sensible a los síntomas residuales que el IDS más largo SR. En 544 pacientes ambulatorios con MDD, y 402 pacientes ambulatorios con trastorno bipolar (BP) (Trivedi, 2004) informaron que encontraron una sensibilidad igual al cambio de síntomas al comparar IDS-C, IDS-SR, QIDS-C, QIDS-SR, lo que indica una alta validez concurrente para las cuatro escalas.

En 353 pacientes ambulatorios deprimidos, Rush et al. (1996) encontraron tres factores, 1) cognitivo / anímico, 2) ansiedad / excitación, y 3) sueño y regulación del apetito. Sin embargo, el IDS es lo suficientemente unifactorial como para permitir análisis IRT y crear tablas de conversión con otras clasificaciones estándar (Rush et al. 2003). El factor Gullion y Rush (1998) analizó una muestra de 324 pacientes ambulatorios adultos con MDD, concluyendo que al comparar el IDS con el HRSD y el BDI, el IDS proporcionó una cobertura más completa de las construcciones de síntomas definidas por la estructura factorial de la evaluación combinada artículos (Gullion y Rush 1998).

3. PLAN DE TRABAJO

3.1 Esquema tentativo:

Introducción

1. Marco Teórico
2. Metodología
3. Análisis y resultados
4. Discusión

Conclusiones generales

Recomendación

- Bibliografía
- Anexos

3.2 Resultados esperados:

Se realizará una investigación sobre la prevalencia de Trastorno depresivo en los empleados de la Cooperativa de ahorro y crédito. Por lo que se espera encontrar, al final de la investigación, por lo menos 1 caso de depresión al cual se pueda establecer recomendaciones de manejo y prevención.

3.3 Supuestos y riesgos:

Supuestos:

- Los trabajadores se rehúsen a realizar la Escala
- Descoordinación del cronograma por falta de apoyo por parte de los distintos trabajadores
- Los datos levantados no brindan la información necesaria para cumplir los objetivos propuestos

Alternativas:

- Aplicar la escala a otros trabajadores que están fuera de la selección de muestra.
- Programar los días de la aplicación de la escala con cada Gerente departamental
- Realizar investigación exhaustiva con datos obtenidos en estudios anteriores

3.4 Cronograma:

Objetivo Específico	Actividad	Resultado esperado	Tiempo (semanas)
Evaluar a los trabajadores bajo un inventario ISD-SR	Realizar una intervención previa a la aplicación del test explicando para que sirve y cual se la función del mismo	Los trabajadores entiendan la importancia de la escala y del conocimiento del tema.	3 semanas

	Aplicar la escala a los distintos departamentos.	Identificar por lo menos un caso de depresión en cualquier grado dentro de la empresa.	
Analizar los datos obtenidos de la escala, estableciendo una relación al ámbito laboral	Según los resultados de la escala, identificar los síntomas que más prevalecen y las personas con el puntaje más alto.	La escala nos brinda la información necesaria para determinar los casos depresivos en la empresa.	4 semanas
Sistematizar la información obtenida	Describir cuales son los síntomas más comunes y propensos de los trabajadores. Describir los factores influyentes dentro de la propensión a la depresión.	Los datos estadísticos obtenidos nos presentan casos depresivos y establecemos intervención, en caso de no existir, se socializará resultados.	4 semanas
	Transcribir un documento con base científica que detalle la influencia de la depresión en las organizaciones y los métodos para medirla.		5 semanas
Socializar resultados y posibles intervenciones	Obtenidos los resultados se les presentara a los distintos departamentos de manera general.		

3.5 Presupuesto y Financiamiento:

Rubro-Denominación	Costo USD	Justificación ¿para qué?
- Movilización a la empresa	0,00	- Recursos Propios
- Escala vía documento virtual Google Docs.	0,00	- Recursos propios

Anexo 2: Datos sociodemográficos: encuesta

1. Departamento

2. Tipo de contrato

- Indefinido
- Temporal
- Por obra o servicio
- Interinidad
- Practicas

3. Sexo

- Hombre
- Mujer

4. Edad

- 20-27
- 28-35
- 36-43
- 44-51
- 52-59
- 60 en adelante

5. Estado Civil

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Unión libre

6. Estudios

- Primer nivel
- Segundo nivel
- Tercer nivel
- Cuarto nivel

7. **¿Qué tan afectada se ha visto su vida cotidiana el tener que proceder a un tele-trabajo por causa de la pandemia?**

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

8. **¿En qué nivel considera usted que le ha afectado la pandemia actual (COVID-19) en su desarrollo laboral?**

- Nada
- Poco
- Bastante
- Mucho

Anexo 3: Inventario de Sintomatología Depresiva auto aplicado

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha:** _____

Este formulario debe ser completado solamente por el paciente

Por favor, haga un círculo en la respuesta que mejor describa su estado durante los **últimos 7 días**.

Por favor, ahora señale para cada uno de estos síntomas **cuanto le ha molestado en su vida diaria durante los últimos 7 días**

1. Conciliar el Sueño:

0 Nunca tardo más de 30 minutos conciliar el sueño.

1 Tardo por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, menos del cincuenta por ciento de las ocasiones.

2 Tardo por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, más del cincuenta por ciento de las ocasiones.

3 Tardo más de 60 minutos conciliar el sueño, más del cincuenta por ciento de las ocasiones.

2. Sueño Durante la Noche:

0 No me despierto de noche.

1 Tengo el sueño inquieto, ligero, con pocos y breves despertares cada noche.

2 Me despierto al menos una vez por noche, pero me vuelvo a dormir fácilmente.

3 Me despierto más de una vez por noche y permanezco despierto durante 20 minutos o más, más de la mitad de las veces.

3. Despertar Demasiado Temprano:

0 La mayoría de las veces, me despierto no más de 30 minutos antes de lo habitual para levantarme.

1 Más de la mitad de las veces, me despierto más de 30 minutos antes de lo habitual para levantarme.

2 Casi siempre me despierto por lo menos una hora o alrededor de una hora antes de lo habitual, pero eventualmente me vuelvo a dormir.

3 Me despierto al menos una hora antes de lo habitual, y no me puedo volver a dormir.

4. Dormir Mucho:

0 Duermo como máximo 7-8 horas por noche, sin hacer siestas durante el día.

1 Duermo como máximo 10 horas en un periodo de 24 horas incluyendo las siestas.

2 Duermo como máximo 12 horas en un periodo de 24 horas incluyendo las siestas.

3 Duermo más de 12 horas en un periodo de 24 horas incluyendo las siestas.

5. Tristeza:

0 No me he sentido triste.

1 Me siento triste menos de la mitad del tiempo.

2 Me siento triste más de la mitad del tiempo.

3 Me siento triste casi todo el tiempo.

6. Irritabilidad:

0 No me he sentido irritable.

1 Me siento irritable menos de la mitad del tiempo.

2 Me siento irritable más de la mitad del tiempo.

3 Me siento extremadamente irritable casi todo el tiempo.

7. Ansiedad o Tensión:

0 No me he sentido ansioso o tenso.

1 Me siento ansioso (tenso) menos de la mitad de las veces.

2 Me siento ansioso (tenso) más de la mitad de las veces.

3 Me siento extremadamente ansioso (tenso) casi todo el tiempo.

8. Respuesta de su Estado de Ánimo Ante Acontecimientos Positivos o Deseados:

0 Mi ánimo mejora al nivel normal y me dura varias horas cuando ocurren acontecimientos positivos.

1 Mi ánimo mejora cuando ocurren acontecimientos positivos, pero no me siento como normalmente suelo sentirme.

2 Mi ánimo mejora sólo un poco cuando ocurren ciertos acontecimientos deseados.

3 Mi ánimo no mejora en absoluto, aun cuando sucedan cosas muy buenas o deseadas en mi vida.

9. Relación del Estado de Ánimo con el Momento del Día:

0 Habitualmente no existe una relación directa entre mi estado de ánimo y el momento del día.

1 A menudo mi estado de ánimo se relaciona con el momento del día debido a las circunstancias (por ejemplo, si estoy solo, o estoy trabajando).

2 En general, mi estado de ánimo está más relacionado con el momento del día que con las circunstancias a mi alrededor.

3 Mi estado de ánimo está clara y predeciblemente mejor o peor en un momento específico del día.

9A. Su ánimo empeora generalmente:

- 0 en la mañana.
- 1 en la tarde.
- 2 en la noche.

9B. ¿Las variaciones de su ánimo se relacionan con el medio ambiente?

- 0 sí.
- 1 no.

10. La calidad de su estado de ánimo:

- 0 El estado de ánimo (sentimientos internos) que siento es un estado de ánimo muy normal para mí.
- 1 Me siento triste, y esta tristeza es muy parecida a la tristeza que sentiría si alguien muy cercano a mí se muriera o me abandonara.
- 2 Me siento triste, y esta tristeza es de una calidad diferente de la que sentiría si alguien muy cercano a mí se muriera o me abandonara.
- 3 Me siento triste, y esta tristeza es diferente al tipo de tristeza asociada con el duelo o con una pérdida.

Por favor complete solamente el punto 11 o 12 (no ambos)

11. Disminución del Apetito:

- 0 No hay cambios en mi apetito habitual.
- 1 Como con menor frecuencia o cantidades menores de comida que lo habitual.
- 2 Como mucho menos que lo habitual y sólo con gran esfuerzo.
- 3 Como muy pocas veces en un periodo de 24 horas, y sólo con gran esfuerzo personal o cuando otros me persuaden para que coma.

12. Aumento del Apetito:

- 0 No hay cambios con respecto a mi apetito habitual.
- 1 Siento necesidad de comer con más frecuencia que lo habitual.
- 2 Habitualmente como con más frecuencia y/o mayores cantidades de comida que lo habitual.
- 3 Me siento impulsado a comer de más tanto a la hora de comer como entre las comidas.

Por favor complete solamente el punto 13 o 14 (no ambos)

13. Durante las Últimas dos Semanas:

- 0 No he tenido cambios en mi peso.
- 1 Siento como si hubiese tenido una leve pérdida de peso.
- 2 He bajado 1 kilo o más de peso.
- 3 He bajado 2 kilos o más de peso.

14. Durante las Últimas dos Semanas:

- 0 No he tenido cambios en mi peso.
- 1 Siento como si hubiese tenido un leve aumento de peso.
- 2 He aumentado 1 kilo o más de peso.
- 3 He aumentado 2 kilos o más de peso.

15. Concentración/Toma de Decisiones:

0 No he notado cambios en mi capacidad habitual para concentrarme o tomar decisiones.

1 Ocasionalmente me siento indeciso o noto que mi atención se desvía.

2 La mayor parte del tiempo, lucho por focalizar mi atención o tomar decisiones.

3 No me puedo concentrar suficientemente bien para leer o ni siquiera puedo tomar pequeñas decisiones.

16. Visión de Mí Mismo:

0 Me veo a mí mismo tan valioso y apreciado como el resto de las personas.

1 Me siento más culpable que lo habitual.

2 Creo firmemente que le causó problemas a los demás.

3 Pienso casi constantemente tanto en mis pequeños como en mis grandes defectos.

17. Visión de Mi Futuro:

0 Tengo una visión optimista de mi futuro.

1 Ocasionalmente me siento pesimista con respecto a mi futuro, pero en general creo que las cosas van a mejorar.

2 Estoy bastante seguro que mi futuro inmediato (1-2 meses) no promete muchas cosas buenas.

3 No tengo esperanzas de que me suceda algo bueno en ningún momento del futuro.

18. Pensamientos de Muerte o de Suicidio:

0 No he pensado en el suicidio o la muerte.

1 Siento que la vida carece de sentido o me pregunto si vale la pena vivir.

2 Pienso en el suicidio o en la muerte muchas veces por semana durante varios minutos.

3 Pienso en el suicidio o en la muerte con algún detalle muchas veces al día, o he realizado planes específicos para suicidarme o realmente he intentado quitarme la vida.

19. Interés General:

0 No hay cambios fuera de lo habitual en mi interés en los demás o en otras actividades.

1 Noto que estoy menos interesado en los demás o en otras actividades.

2 Encuentro que tengo interés sólo en una o dos de mis actividades anteriores.

3 Prácticamente no tengo interés en las actividades que solía realizar anteriormente.

20. Nivel de Energía:

0 No hay cambios en mi nivel habitual de energía.

1 Me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Tengo que hacer un gran esfuerzo para comenzar o finalizar mis actividades diarias habituales (por ejemplo, hacer las compras, las tareas para la casa, cocinar o ir a trabajar).

3 Realmente no puedo llevar a cabo la mayoría de mis actividades diarias porque no tengo energía.

21. Capacidad Para Sentir Placer o Disfrutar (excluyendo el sexo):

0 Disfruto de las actividades placenteras tanto como siempre.

1 No siento la misma capacidad de disfrutar actividades placenteras.

2 Rara vez siento placer al realizar alguna actividad.

3 Soy incapaz de sentir placer o disfrutar en nada de lo que hago.

22. Interés en el Sexo (Por favor señale si tiene interés, no si tiene actividad sexual):

0 Mi interés sexual es el mismo de siempre.

1 Mi interés sexual es algo menor que lo habitual o no obtengo el mismo placer sexual que antes.

2 Tengo escasos deseos o rara vez el sexo me produce placer.

3 No tengo ningún interés en el sexo o no me produce placer.

23. Sentimiento de Lentitud:

0 Pienso, hablo y me muevo con el ritmo habitual.

1 Encuentro que mi pensamiento es más lento o mi voz suena desanimada o apagada.

2 Me lleva varios segundos responder la mayoría de las preguntas y estoy seguro que mi pensamiento es más lento que lo usual.

3 Con frecuencia soy incapaz de responder preguntas sin tener que hacer un gran esfuerzo.

24. Sentimiento de Inquietud:

0 No me siento inquieto.

1 Con frecuencia me siento agitado, retuerzo las manos, o necesito cambiar de posición cuando estoy sentado.

2 Siento el impulso de moverme de un lado a otro y me siento bastante inquieto.

3 A veces, soy incapaz de quedarme sentado y necesito moverme de un lado a otro.

25. Molestias y Dolores:

0 No tengo sensación de pesadez en mis brazos o piernas y no siento malestares ni dolores.

1 A veces tengo dolores de cabeza o de estómago, de espalda o articulaciones, pero estos dolores son pasajeros y no me impiden hacer lo que necesito hacer.

2 Tengo esta clase de dolores la mayor parte del tiempo.

3 Estos dolores son tan fuertes que me obligan a suspender lo que estoy haciendo.

26. Otros Síntomas Corporales:

0 No tengo ninguno de estos síntomas: Latidos rápidos del corazón, visión borrosa, transpiración, sensaciones de calor y frío, dolor de pecho, sensación de que el corazón se me sale del pecho, zumbido en los oídos, o temblores.

1 Tengo algunos de estos síntomas, pero son leves y se presentan sólo algunas veces.

2 Tengo varios de estos síntomas y me molestan bastante.

3 Tengo varios de estos síntomas y cuando aparecen, tengo que suspender lo que estoy haciendo.

27. Síntomas de Pánico (Terror)/Fobia:

0 No tengo sensaciones de pánico (terror) o miedos específicos (fobias) (como a los animales o a las alturas).

1 Tengo episodios de pánico (terror) leves o miedos que habitualmente no cambian mi conducta ni me impiden seguir con mis actividades.

2 Tengo episodios de pánico (terror) significativos o miedos que me fuerzan a cambiar mi conducta, pero no me impiden seguir con mis actividades.

3 Tengo episodios de pánico (terror) una vez por semana o más, o tengo miedos severos que me impiden llevar a cabo mis actividades diarias.

28. Estreñimiento/Diarrea:

0 No hay cambios en mis hábitos intestinales usuales.

1 Tengo estreñimiento intermitente o diarrea leve.

2 Tengo diarrea o estoy estreñado la mayor parte del tiempo, pero no interfieren con mis actividades diarias.

3 Estoy estreñado o tengo diarrea por lo que tomo medicamentos, o los mismos interfieren en mis actividades diarias.

29. Sensibilidad Interpersonal:

0 No me he sentido fácilmente rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás en absoluto.

1 Ocasionalmente me he sentido rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás.

2 A menudo me he sentido rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás, pero estos sentimientos han tenido poco efecto en mis relaciones o en el trabajo.

3 A menudo me he sentido rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás y estos sentimientos han deteriorado mis relaciones y mi trabajo.

30. Pesadez (en brazos y piernas) /Energía física:

0 No he experimentado la sensación de cuerpo pesado y falta de energía física.

1 Ocasionalmente he tenido periodos de sentirme con el cuerpo pesado y sin energía física, pero sin que interfiera en el trabajo, la escuela, o mi nivel de actividad.

2 Me siento con el cuerpo pesado (sin energía física) más de la mitad del tiempo.

3 Me siento con el cuerpo pesado (sin energía física) la mayor parte del tiempo, varias horas por día, varios días por semana.

Anexo 4: Permiso de la empresa para realizar el estudio

Cuenca, 28 de mayo de 2020

Cooperativa Alfonso Jaramillo León

Ing. Gustavo Tapia

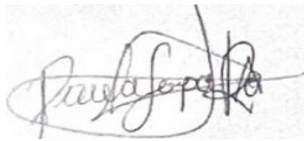
DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

De mi consideración:

Yo, PAULA ALEJANDRA SERPA ROMÁN, identificada con C.1 0802770131, ante usted respetuosamente me presento y expongo: Que, actualmente cursando el último ciclo de la carrera de Psicología Organizacional de la Universidad del Azuay, en la ciudad de Cuenca-Ecuador, solicito a Ud. de la manera más comedida, su autorización para realizar la aplicación de la tesis en la Cooperativa que usted acertadamente dirige. El tema de tesis será "Prevalencia del Trastorno depresivo en trabajadores de una Cooperativa en la ciudad de Cuenca" en la cual el nombre de la cooperativa se mantendrá totalmente anónimo como el de los trabajadores encuestados.

En espera de que mi solicitud sea aceptada anticipo mis sinceros agradecimientos, a la vez que aprovecho la oportunidad para expresar, sentimientos de alta consideración y estima.

Atentamente,



Paula Serpa Román.

Firma de aprobación



COOPERATIVA
CAJA
COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO
ALFONSO JARAMILLO LEÓN, CCO

Ing. Gustavo Tapia

Ing. Gustavo Tapia

Anexo 5: Constancia de socialización a la empresa

Cuenca, 27 de Julio del 2020

Cooperativa Alfonso Jaramillo León

Ing. Gustavo Tapia

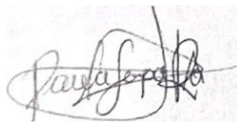
DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

De mi consideración:

Yo, PAULA ALEJANDRA SERPA ROMÁN, identificada con C.1 0802770131, estudiante del décimo ciclo, de la carrera de Psicología Organizacional de la Universidad del Azuay, expreso; Que, ya terminada la recolección de datos de los trabajadores y el análisis de los mismos.

Se llegó a los siguientes resultados: prevalencia del 68,75% del trastorno en la empresa. Diagnóstico de 5 casos severos, los cuales corresponden a 4 mujeres, dos del departamento de Talento Humano y dos, del departamento de Sistemas; y, 1 hombre del departamento de Operaciones. Se solicita que quede constancia, de que se realizó la debida socialización, con el departamento de Talento Humano, para que dentro de la empresa puedan tomar las medidas necesarias.

Atentamente,



Paula Serpa Román.

Firma de aprobación



Ing. Gustavo Tapia

