



Estrategias de Afrontamiento y Desempeño Laboral en el Paciente con Depresión Leve a Moderada

Hendy Soraya Abdala López

Universidad Simón Bolívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Especialidad Médica en Psiquiatría
Barraquilla (Atl), Colombia

2021

Estrategias de Afrontamiento y Desempeño Laboral en el Paciente con Depresión Leve a Moderada

Hendy Soraya Abdala López

Informe Final de Ejercicio de Investigación en la Especialidad Médica:
Psiquiatría

Tutor Disciplinar:

Fredy Sánchez Pérez

MD | Spc Psiquiatra

Tutor Metodológico:

Henry J. González-Torres

Bio | Spc App Stat | MSc Bio (Gen) | DrSc (S) BioMed

Universidad Simón Bolívar

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Especialidad Médica en Psiquiatría

Barraquilla (Atl), Colombia

2021

Dedicatoria

A mi abuela Carmen. Un virus nos separó, pero mi corazón siempre estará contigo.

Agradecimientos

A la Unidad De Salud Mental SION y a su gerente Sol Ivett López Espinoza, por permitirme la utilización de las bases de datos y el acceso a los pacientes, los cuales sirvieron para la realización de este trabajo.

Resumen

Antecedentes: Las personas con depresión suelen tener una percepción deficiente de su calidad de vida, y esta, modifica las maneras en que afronta las situaciones problemáticas, lo que a veces conlleva a una falta de interés por el trabajo y consecuentemente a una disminución de la productividad laboral. En el presente trabajo se busca encontrar el nexo que existe entre las estrategias de afrontamiento, entendidas como las capacidades cognitivas y conductuales del individuo para gestionar demandas internas y externas, con el desempeño laboral del paciente depresivo.

Objetivos: Evaluar la correlación entre las estrategias de afrontamiento con el desempeño laboral en el paciente con depresión leve a moderada en una institución prestadora de salud (IPS) de salud mental en Valledupar (Cesar) durante el año 2021.

Materiales y Métodos: Se presenta un estudio prospectivo, transversal, con un carácter de medida cuantitativa con una profundidad exploratoria. La población objetivo serán pacientes diagnosticados con depresión leve o moderada activos laboralmente durante el 2021. Se evaluaron 34 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron participar en el estudio.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes en una edad promedio de 41 ± 10 años en una relación hombres y mujeres 3:4, con un tiempo promedio con el diagnóstico de depresión de 7.6 ± 3.2 años. En el test de afrontamiento los pacientes obtuvieron un promedio de $56,91 \pm 17,44$ pts, al revisar las ponderaciones de las Estrategias de Afrontamiento, encontramos que la más utilizada fue la Retirada Social con $80,6 \pm 19,1$ pts seguida de Autocrítica con $76,5 \pm 18,1$ pts sin diferencia significativa entre hombres y mujeres. El puntaje promedio de Autoevaluación del Desempeño Laboral fue de $73.9 \pm 10.3\%$ sin encontrarse diferencias entre los sexos, examinado los factores de la autoevaluación del desempeño laboral por tiempo de diagnóstico se encontró que no había un factor diferencial. Al evaluar tanto las estrategias de afrontamiento con factores Autoevaluación del Desempeño Laboral, a través de una correlación por rango de Spearman, la estrategia de afrontamiento pensamiento desiderativo (PSD) fue la que tuvo relación estadísticamente significativa.

Conclusiones: Luego de una exhaustiva caracterización sociodemográfica de la población de dicha institución, y mediante la construcción teórica de un repertorio de estrategias de afrontamiento, se encontró que la depresión es una enfermedad que no se asocia con la edad, en la cual el sexo femenino encuentra un mayor

número de estrategias de afrontamiento frente a dicha enfermedad, especialmente la evitación de problemas y la retirada social, que son las más utilizadas también. Finalmente, se encontró que la insatisfacción laboral y las estrategias de afrontamiento se relacionan de manera independiente con los pacientes laboralmente activos que padecen de depresión leve a moderada.

Palabras clave: depresión, trabajo, desempeño laboral, afrontamiento.

Abstract

Background: People with depression tend to have a poor perception of their quality of life, and this modifies the ways in which they deal with problematic situations, which sometimes leads to a lack of interest in work and consequently to a decrease in work productivity. The present work seeks to find the link that exists between coping strategies, understood as the cognitive and behavioral capacities of the individual to manage internal and external demands, with the work performance of the depressed patient.

Objective: To evaluate the correlation between coping strategies with work performance in patients with mild to moderate depression in a mental health institution (IPS) in Valledupar (Cesar) during the year 2021.

Materials and Methods: A prospective, cross-sectional study is presented, with a quantitative measure character with an exploratory depth. The target population will be patients diagnosed with mild or moderate depression active in the workplace during 2021. 34 patients who met the inclusion and exclusion criteria and who agreed to participate in the study were evaluated.

Results: Thirty-four patients with a mean age of 41 ± 10 years were included in a 3:4 male-female ratio, with a mean time with the diagnosis of depression of 7.6 ± 3.2 years. In the coping test the patients obtained an average of 56.91 ± 17.44 ppts, when reviewing the weights of the Coping Strategies, we found that the most used was Social Withdrawal with 80.6 ± 19.1 ppts followed by Self-criticism with 76.5 ± 18.1 ppts without significant difference between men and women. The average score of Self-evaluation of Work Performance was $73.9 \pm 10.3\%$ without finding differences between the sexes, examining the factors of the self-evaluation of work performance by time of diagnosis it was found that there was no differential factor. When evaluating both the coping strategies with factors Self-Assessment of Work Performance, through a correlation by Spearman rank, the coping strategy wishful thinking was the one that had a statistically significant relationship.

Conclusions: After an exhaustive sociodemographic characterization of the population of said institution, and through the theoretical construction of a repertoire of coping strategies, it was found that depression is a disease that is not associated with age, in which the female sex finds a greater number of coping strategies against this disease, especially the avoidance of problems and social withdrawal, which are the most used as well. Finally, it was found that job dissatisfaction and coping strategies are independently related to occupationally active patients suffering from mild to moderate depression.

KeyWords: Depression, work, job performance, coping.

Contenido

| | Pág. |
|---|-----------|
| 1. Problema de Investigación..... | 13 |
| 1.1 Planteamiento del Problema..... | 13 |
| 1.2 Justificación | 14 |
| 2. Objetivos | 16 |
| 2.1 Objetivo General..... | 16 |
| 2.2 Objetivo específicos | 16 |
| 3. Marco Teórico..... | 17 |
| 3.1 Desempeño laboral | 17 |
| 3.2 Estrategias de afrontamiento..... | 18 |
| 3.3 Depresión..... | 22 |
| 3.3.1 Epidemiología..... | 23 |
| 3.3.2 Etiología | 25 |
| 3.3.3 Manifestaciones clínicas..... | 26 |
| 3.3.4 Diagnostico..... | 28 |
| 3.3.5 Tratamiento..... | 29 |
| 3.4 Estado del arte | 32 |
| 4. Diseño Metodológico..... | 37 |
| 4.1 Tipo de Estudio | 37 |
| 4.2 Área de Estudio | 37 |
| 4.3 Población y Muestra..... | 38 |
| 4.4 Fase de Captura de Datos | 38 |
| 4.5 Fase de Análisis de Datos | 39 |
| 5. Resultados | 41 |
| 6. Discusiones | 49 |
| 7. Conclusiones y Recomendaciones..... | 55 |
| 7.1 Conclusiones..... | 55 |
| 7.2 Recomendaciones..... | 56 |
| 8. Referencias Bibliográficas | 57 |

Lista de figuras

| | Pág. |
|--|-------------|
| Ilustración 1 Distribución de la proporción sexual (Izquierda) y Distribución de la edad de acuerdo al sexo (Derecha) | 41 |
| Ilustración 2 Distribución del Tiempo de Diagnóstico por periodos (Izquierda) y Distribución de tiempo por sexos (Derecha)..... | 42 |
| Ilustración 3 Comportamiento del Ponderado de los Puntos del Test de Afrontamiento (Coping) por sexo (Izq) y por tiempo de Diagnóstico (Der). | 42 |
| Ilustración 4 Comportamiento del Autoevaluación del Desempeño Laboral por sexo (Izquierda) y por tiempo de Diagnóstico (Derecha). | 45 |
| Ilustración 5 Modelos de regresión de Afrontamiento (Izquierda) y Autoevaluación (Derecha) de acuerdo a la Edad. | 47 |

Lista de tablas

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabla 1 Comparación de los Estrategia de Afrontamiento por Sexo | 43 |
| Tabla 2 Comparación de los Aspectos de Afrontamiento por Tiempo de Diagnostico..... | 44 |
| Tabla 3 Comparación de los Factores de la Autoevaluación del Desempeño Laboral por Sexo | 46 |
| Tabla 4 Comparación de los Factores de la Autoevaluación del Desempeño Laboral por Tiempo de Diagnóstico..... | 46 |
| Tabla 5 Correlación de Rangos de Spearman entre las Estrategias de Afrontamiento y los factores Autoevaluación del Desempeño Laboral..... | 48 |

1. Problema de Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

La depresión es una de las enfermedades llamadas del siglo XXI, esta se caracteriza por periodos de aislamiento y episodios de desolación que afectan la socialización del individuo, ya que las fluctuaciones en su estado de ánimo varían entre lo melancólico, anhedonia, pérdida de interés en el trabajo, insomnio, anorexia, e incluso ideación suicida (1).

Estos estados anímicos afectan el desarrollo de las actividades laborales, ya que es un estado patológico crónico y complejo, que no solo depende de la personalidad sino también de predisposición genética y que se complejiza más con el estrés de la vida laboral. Teniendo en cuenta el impacto psicológico que genera la depresión, la cual no en pocas ocasiones, terminan impactando la salud física del individuo generando una doble carga al sistema de salud, por un lado, la salud mental y por otro la salud física (2,3).

Las personas con depresión, suelen tener una percepción deficiente de su calidad de vida y modifica las maneras en que afronta las situaciones problemáticas, lo que a veces conlleva a una falta de interés por el trabajo y consecuentemente una disminución de la productividad laboral, siendo muchas veces causante de la pérdida del trabajo afectando el sustento e independencia económica del individuo (3,4).

De hecho, la depresión se asocia con una calidad de vida deficiente y el deterioro anímico tiene un efecto acumulativo que puede superar al de las enfermedades crónicas más comunes(5). Este alto impacto de esta patología pone de relieve la necesidad de investigar más a fondo como un paciente con depresión, afronta el día con el fin de poder desempeñarse laboralmente (6,7).

En este contexto, surge la pregunta Cuales son las estrategias de afrontamiento y el desempeño Laboral en el Paciente con Depresión Leve a Moderada en Valledupar (Cesar) en el año 2021.

1.2 Justificación

Las estrategias de afrontamiento individual (ECI) cambian constantemente los esfuerzos cognitivos y conductuales para gestionar demandas externas y/o internas específicas que se evalúan como gravosas o superiores a los recursos de una persona (8,9). Los individuos utilizan diferentes estrategias de afrontamiento según el contexto estresante (10).

Las enfermedades crónicas conllevan diferentes tipos de factores estresantes relacionados con la enfermedad. Por tanto, se requieren diferentes CSI para tratar de forma eficaz diversos aspectos de la enfermedad con el fin de mejorar la Calidad de Vida (CV)(9–12). La depresión es la enfermedad mental de siglo XXI, tiene una distribución homogénea a nivel mundial. Su etiología es multifactorial e incluye múltiples niveles biológicos desde el neurológico, endocrino, polimorfismos de un solo nucleótido, expresión génica modificada y factores ambientales.

La depresión tiene efectos importantes no solo en el bienestar psicológico de los pacientes, sino también en el funcionamiento físico. La exacerbación de esta enfermedad se encuentra asociada tanto a ciclos hormonales como factores externos. Los síntomas neurológicos como el insomnio están asociados con un aumento del estrés percibido, mala calidad de vida, presentándose una tasa variable de síntomas psiquiátricos, especialmente la ideación suicida (13,14).

La afectación de laboral, sentimiento de no utilidad, es una de las manifestaciones clínicas más frecuentes y compleja observadas en los individuos con depresión. De hecho, la depresión se asocia con una calidad de vida deficiente y el efecto acumulativo puede

superar al de las enfermedades crónicas más comunes. Este alto impacto de la salud mental pone de relieve la necesidad de investigar más a fondo el funcionamiento psicológico de los pacientes y como desarrolla las estrategias de afrontamiento para mejorar y adaptarse a un medio laboral (15,16).

La cuestión de si el afrontamiento va de la mano con el desempeño laboral en el paciente depresivo deben abordarse como un rasgo o una variable de estado y que tanta atención debe recibir. Sin embargo, a pesar del reconocimiento de que la depresión es una enfermedad grave con un impacto sustancial en la calidad de vida de los pacientes, pocos estudios han evaluado cuales son las estrategias de afrontamiento en el medio laboral. Conocer cómo va de la mano el afrontamiento con el desempeño laboral en los pacientes depresivos puede ayudar a sensibilizar y educar a los empleadores sobre la percepción laboral de paciente depresivo (16,17).

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Evaluar la correlación entre las estrategias de afrontamiento con el desempeño laboral en el paciente con depresión leve a moderada en una institución prestadora de salud (IPS) de salud mental en Valledupar (Cesar) durante el año 2021.

2.2 Objetivo específicos

- Describir la sociodemográfica de los pacientes con depresión leve a moderada que se encuentran laboralmente activos y bajo tratamiento continuo.
- Caracterizar la autopercepción del desempeño laboral de los pacientes con depresión laboralmente activos de acuerdo con áreas Condiciones personales, Características del trabajo, Relaciones interpersonales y Políticas de personal.
- Determinar el inventario de estrategias de afrontamiento que predominan en los pacientes laboralmente activos con depresión leve a moderada.
- Establecer la relación entre la autopercepción de desempeño laboral y las estrategias de afrontamiento utilizadas en los pacientes con depresión leve a moderada.

3. Marco Teórico

3.1 Desempeño laboral

Según García y Ruiz definieron el desempeño laboral como las acciones y conductas en los trabajadores que son importantes y significativas para los objetivos de la organización y que son medidos en términos de las capacidades de cada persona y la magnitud de contribución a la empresa u organización en la que labore, mientras que autores como Whetten y Cameron la definieron como el resultado de la experiencia desarrollada por la motivación y que esa experiencia es el resultado de las aptitudes que son desarrolladas por el entrenamiento y los recursos (18).

El desempeño laboral se define como un conjunto de acciones que un empleado realiza con la intención de obtener un efecto, consecuencia o un resultado en particular que son observables por los sentidos o por los resultados que la acción produce y que además está regulado por normas, que puede verse afectado por la calidad de las condiciones personales y contextuales en que actúa el individuo (19). Este se centra en identificar cuáles son las necesidades de capacitación y desarrollo del trabajador con base en el análisis continuo de las habilidades y destrezas del mismo, esta depende de muchos factores, elementos, habilidades, características y competencias que se espera que el empleador desarrolle al realizar su trabajo (20).

Lo que respecta a la depresión, como se mencionara más adelante, este trastorno perjudica varias áreas del individuo incluyendo el trabajo e impacta directamente en la capacidad de desenvolverse en el trabajo (21), por lo tanto las comorbilidades mentales tiene un efecto negativo significativo en el desempeño laboral, como se ve reflejado en diferentes estudios como fue en Holanda que más del 30% de la fuerza laboral padecen enfermedades crónicas como la depresión, de los cuales 41% presentan un bajo nivel de afectación en el desempeño de su trabajo y un 8% una afectación alta (22).

3.2 Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales de un individuo para gestionar las demandas internas y externas en la transacción persona/entorno y según Lázaro y Folkman se define como esos esfuerzos cognitivos y conductuales de un individuo en respuesta a factores estresantes que determinan como esos factores estresantes afectaran el bienestar físico y emocional, además es un proceso que mediante de la valoración y la reevaluación puede darse de forma continua o más de una ocasión (23). El objetivo es generar procesos de cambios para mitigar los efectos de los factores estresantes. Sin embargo no todas las estrategias de afrontamiento son consideradas como beneficiosas, debido a que hay personas que por diferentes contextos optan por tener estrategias de afrontamiento negativas (15).

Es un proceso dinámico, que conlleva una serie de pensamientos y acciones que se enfoca en manejar las situaciones difíciles, por lo tanto está sujeto de ser modificable en el tiempo y de acuerdo al contexto, pero el fin siempre será evitar los daños de un factor estreso. Las estrategias de afrontamiento son procesos muy

específicos que van acorde a cada contexto y que cambian según los estímulos que actúen, sin embargo no garantiza el éxito el aplicarlo (24).

Algunas de las estrategias de afrontamiento utilizadas son enfrentar activamente el estrés/ resolver problemas, el apoyo social para desahogar emociones y recibir consejos, pensar positivamente, realizar ejercicio físico, mantener el sentido del humor, tratar de ver los problemas por todos sus lados y de forma objetiva, tratar de encontrar saber más sobre el problema, tratar de mantener la situación bajo control, ver oportunidades en las dificultades, realizar otras actividades para limitar los pensamientos sobre la enfermedad y el tratamiento, mientras que algunas estrategias de afrontamiento negativo pueden ser culparse a sí mismo, evadir los problemas estresantes, consumir alcohol, drogas o cualquier tipo de sustancia. Pero Lázaro y Folkman diferenciaron ocho modos de afrontamiento que son la confrontación, planificación, búsqueda de apoyo social, distanciamiento, escape, evitación, autocontrol y reevaluación positiva (25).

El afrontamiento interviene en la capacidad que tiene el individuo para tomar decisiones racionales y proactivas, como son los casos en tener una mejor adaptación a los tratamiento médicos. En la literatura se encuentra el modelo de estos mismos autores, Lázaro y Folkman que se basa en cuatro supuestos principales que son (26):

- El afrontamiento es el resultado del proceso donde se ven involucrados los individuos y el entorno.
- La función es gestionar, más allá de dominar los factores estresantes.
- Se percibe un lado evaluativo, basándose en la forma de cómo se percibe e interpreta cognitivamente el fenómeno de la mente de un individuo.

- Por último, tener un proceso fortaleciendo las capacidades conductuales y cognitivas, que de esa forma se pueda reducir, tolerar y minimizar las demandas ya sean internas o externas que surgen de la interacción entre el individuo con el entorno.

Hay muchas formas de categorizar el afrontamiento, estas se pueden clasificar en función a la orientación y al carácter, este último se clasifica en afrontamiento activo que se define como los intentos de solucionar, minimizar o reevaluar el problema y el afrontamiento pasivo que consiste en la evitación del problema, mientras lo que respecta a la orientación está el *afrontamiento centrado en el problema* que se desarrolla en el entorno de trabajar sobre el factor estresante para poder así mitigarlo eliminarlo y se hace mediante el control sobre él, estas incluyen la resolución de conflictos interpersonales, la toma de decisiones, planificación activa y la búsqueda de información para estar mejor instruidos sobre el factor estresante. Y el otro es el *afrontamiento que se centra en las emociones* se basa en trabajar las respuestas emocionales consecuentes a los factores estresantes, como cambiar una determinada respuesta emocional negativa o evitarla, para así minimizar su impacto (27).

Específicamente el afrontamiento centrado en la emoción se desarrolla en situaciones donde no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesionantes del entorno, por ejemplo la muerte de un paciente, por lo contrario el afrontamiento centrado en el problema se desarrolla cuando las condiciones evaluadas son susceptibles de cambio. Ambos se pueden trabajar al mismo tiempo, ya que brindan una versatilidad, con diferentes estrategias de acuerdo al factor estresante, el individuo o el contexto en el que se esté presentando, por eso se puede considerar que la efectividad del afrontamiento en las enfermedades crónicas como la depresión se logra tratando de tener variedad y versatilidad de respuestas

que conlleven a una mejor adaptación ya que no todas las estrategias son útiles en todos los casos (28).

Es por eso que las estrategias de afrontamiento, son las acciones que se pretenden colocar en marcha para hacer frente a la situación estresante, que el sujeto previamente lo ha valorado como amenazante porque el individuo ha valorado la situación, a su vez las propias capacidades para afrontarla que vendrían siendo los mecanismos de afrontamiento y las acciones implementadas se consideran como variable en una relación percibida entre el estrés percibido y sus consecuencias (29). Además los conceptos de estrategias de afrontamiento positivo y negativo los autores Connor-Smith y Flachsbart las nombran como afrontamiento de compromiso (positivas) que son los intentos para manejar la situaciones o emocionadas que se relacionan con la misma y el afrontamiento con falta de compromiso (negativo) que es el distanciamiento del factor estresante o de la emociones que se relacionan con esta (30).

Lázaro y Folkman desarrollaron el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (del inglés Ways of Coping Checklist, WCCL) para examinar en el individuo los modos de afrontamiento normativo, fue creado para evaluar los pensamientos, sentimientos y acciones. La versión original consto de 68 ítems que abarcaban 4 categorías básicas que son la búsqueda de información, acciones directas, inhibición de la acción, e intrapsíquica. Posteriormente se le hicieron modificaciones y luego fue reformulado nuevamente por Folkman y Lázaro, con un mayor rango de pensamientos y acciones, este costaba de 66 ítems con cuatro opciones de respuesta que se interpretaba de la siguiente manera: (0) en absoluto, (1) en alguna medida, (2) bastante, (3) en gran medida.

La confiabilidad y validez fue reportada utilizando los datos de 100 individuos entre 45 y 64 años y ocho subescalas fueron producidas a través de un análisis factorial con rotación oblicua. Entonces a partir del cuestionario de estos autores, existen muchos cuestionarios que se derivan directa o indirectamente del Cuestionario de Modos de Afrontamiento, por mencionar algunos se encuentra el Cuestionario Multifactorial de Afrontamiento (COPE), el Indicador de Estrategias de Afrontamiento, El Coping Response's Inventory para Adultos (CRI-Adult), la Escala Multidimensional Coping Inventory (MCI). Y de esta forma, los cuestionarios mencionados han surgido otros cuestionarios donde se ha modificado como producto de adaptaciones para las diferentes poblaciones, que han reportado una alta confiabilidad y validez. A su vez también se ha reportado una asociación positiva con diferentes criterios clínicos como depresión, ansiedad y enfermedades físicas (31).

La implementación de las estrategias de afrontamiento apropiadas es muy significativa y fundamental para limitar el impacto de los factores de riesgo ocupacional, ya que mejoran la salud general de los empleados, por lo contrario las estrategias de afrontamiento negativas deteriora la salud mental del paciente (32).

3.3 Depresión

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos, que se explica por un desequilibrio o desregulación bioquímica, que puede afectar el estado de ánimo, el pensamiento, salud física. Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, anhedonia, pérdida de interés en el trabajo, insomnio, anorexia, ideación suicida, entre otros. Es multifactorial como se mencionara más adelante, ocasionada en unos casos por factores de estrés psicosociales, afectando las tres esferas, el trabajo, la familia y actividades placenteras o vida social, impidiendo funcionar

normalmente, considerada como una crisis mundial y una de las principales causas de discapacidad y enfermedad (33,34).

Es una enfermedad comúnmente crónica y compleja, con una gran diversidad de manifestaciones clínicas, donde las manifestaciones psicopatológicas van a estar ligada a la personalidad y por ende a la interacción entre los factores genéticos y ambientales a lo largo de la vida de la persona, por lo tanto el diagnóstico de depresión debe ser en medida cuando ya se haya descartado o excluido otras patologías psiquiátricas o cuando se haya descartado que la causa no es secundaria a una enfermedad médica o por el consumo de sustancias psicoactivas, por eso es muy importante tener presente la parte sociocultural y la relación con los demás sistemas de salud involucrados (35). En otras palabras la depresión es el resultado de un estrés crónico, pero no desde un punto de vista de causa y efecto, sería más bien la consecuencia del aumento de la vulnerabilidad de la persona frente a un estresor permanente que afecta tanto a nivel individual como laboral.

Anteriormente a lo que se conoce hoy como depresión, se hablaba de términos y condiciones distintas, se definía como una disminución en la producción bioquímica, no muy lejano de lo que se habla hoy en día, lo que la hacía diferente en comparación a los conceptos actuales es que se usaba el termino melancolía para hacer referencia a lo que se conoce hoy como depresión, además que era considerado más como una manifestación clínica que como diagnostico (36).

3.3.1 Epidemiología

Según la organización mundial de la salud (OMS) es la cuarta causa de invalidez mundial y se estima que es el segundo contribuyente a la carga mundial de

enfermedad en el año 2020 por debajo de las enfermedades cardiacas (37). Afecta a 350 millones de personas a nivel mundial; una de cada cinco personas ha experimentado un episodio depresivo en algún momento de la vida, pero las edades donde mayormente se desarrolla es desde la adolescencia hasta mediado de los 40 años, sin embargo la depresión abunda más antes de los 20 años y se presenta más en mujeres que en hombres (38).

La prevalencia a lo largo de la vida de los pacientes del 20 al 25% en mujeres y del 7% al 12% en los hombres, en un hospital se estima que aproximadamente 12% de los ingresos hospitalarios y el 50% de las consultas psiquiátricas, sin embargo la mayoría de los casos pasa desapercibida o no es diagnosticada correctamente. El 30% de los casos de depresión se vuelve crónica, su presencia aumenta la probabilidad de que se desarrollen otras enfermedades o que se empeore el desenlace de otras (39).

Una de las complicaciones y de los aspectos que se deben evaluar e indagar en todo paciente depresivo es la ideación suicida, la mujer intenta más veces en suicidarse pero con métodos en medida más flexivos en comparación con el hombre que es estadísticamente menor pero que usan elementos más contundentes (40). Más del 90% que se han suicidado han padecido un trastorno psiquiátrico, principalmente la depresión y en las últimas décadas la prevalencia y la incidencia ha aumentado y seguirá aumentando, en promedio cada año se suicidan cerca de 800.000 personas y es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, números totalmente alarmantes (41).

Hay muchos factores que predisponen al trastorno depresivo, por mencionar algunos esta antecedentes familiares, especialmente los de primer grado de

consanguineidad, antecedentes personales de depresión, en esta parte debemos estar claros en saber que el cerebro aprende a deprimirse, cuando sucede el primer detonante, en un próximo evento se requiere menos circunstancia o menos detonantes para que el paciente desarrolle otro evento depresivo, se presume que el 50% de las personas diagnosticadas con depresión recaen dentro de los dos años posteriores y muchos tendrán episodios depresivos durante el resto de la vida, así mismo el riesgo de recurrencia es mayor en pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en las personas jóvenes y como se mencionó, en las personas que a lo largo de su vida han presentado múltiples episodios de depresión (42), sumando también que hay otros factores inespecíficos que varían y se presentan de forma individualizada, como la pobreza, factores estresantes como la violencia, disfunción familiar, carga laboral, la vejez, el desempleo, entre otros (43).

3.3.2 Etiología

Es multifactorial, las hipótesis sobre su causa se consideran genéticas, bioquímicas, anatómicas, inflamación y psicosociales, esta última ha cobrado gran significado debido a su prevalencia y que no es una enfermedad homogénea, es decir, se manifiesta con mayor frecuencia en mujeres y en grupos despojados social y económicamente, pero haciendo la aclaración que es una enfermedad que no tiene distinción de sexo, ni edad ni estado socioeconómico, puede afectar a cualquier persona (44).

Los factores biológicos se basan en un desbalance de neurotransmisores y alteraciones hormonales como el aumento del cortisol, los sistemas principales de monoaminas comprometido en la depresión son serotonina (5-hidroxitriptamina, 5HT), norepinefrina (NE) y dopamina (DA). La serotonina tendrá una actividad reducida de las neuronas serotoninérgicas, específicamente hay una disminución

en las concentraciones del metabolito principal de 5-hidroxitriptamina, reducción en el número de sitios de unión del transportador de serotonina en el mesencéfalo y plaquetas sanguíneas, disminución en los receptores de 5-hidroxitriptamina tanto en el mesencéfalo como en la corteza mesiotemporal, además de las concentraciones plasmáticas de L-triptófano reducidas, que es el precursor de 5-hidroxitriptamina. El papel de la norepinefrina en la depresión consiste en una disminución del metabolito NE, aumento en la densidad de los receptores β -adrenérgicos Y por último la dopamina hay una reducción de las uniones del transportador de dopamina y aumento en la unión al receptor postsináptico D2 / D3, todo indicativo de una reducción de la neurotransmisión de DA, así como también descenso en los principales metabolitos de la dopamina (45).

Factores genéticos se explica en que tener familiares en primer grado con depresión aumenta el riesgo de padecer el riesgo de esta enfermedad, a su vez factores sociales como el nivel socioeconómico bajo, problemas económicos y laborales, perdida de trabajo, sobrecarga laboral, falta de apoyo social, problemas conyugales o en las relaciones interpersonales y los factores psicosociales que hacen énfasis en eventos vitales estresantes o traumáticos actuales o pasados, enfermedad incapacitante o dolor crónico, la soledad, el luto, la jubilación, viudez, perdida de un padre durante la infancia duplica el riesgo, abuso sexual en la infancia, abuso físico, Pobre percepción de su papel en la familia, se han identificado como factores de mayor vulnerabilidad que predisponen la depresión (46).

3.3.3 Manifestaciones clínicas

Como se ha venido manifestando, la depresión es un síndrome que se engloba principalmente en tristeza, afectaciones de las necesidades y disminución de la celeridad asociativa y de la actividad motora. En cuanto al examen mental que

evalúa de forma integral todos los aspectos mentales del paciente, empezando con el porte y la actitud del paciente se observan con una expresión de infinita tristeza, con mirada fija, el paciente permanece inmóvil, con la cabeza inclinada con la mirada perdida en la lejanía o mirando hacia el suelo, el llanto es frecuente o puede ser lo contrario a lo mencionado anteriormente, el paciente puede estar agitado, inquieto, llora, grita, se pasea de un lado al otro, pueden ser descuidados y desaseados en cuadros graves. Lo que respecta a la atención se encuentran hipoprosexico, piensa mucho en su depresión o piensa mucho en los sentimientos de culpa, no está interesado en lo que lo rodea, en el pensamiento el paciente esta bradipsiquico, se puede presentar ideas delirantes de culpa, ruina, inclusive de negación y transformación corporal, ideas de muerte que en medida cuando se intensifican la depresión, las ideas de suicidio se intensifican (16).

La esfera más comprometida es la afectividad, los sentimientos depresivos ocupan en primer plano el cuadro clínico, lo que prima es una tristeza absoluta y profunda que no logra ni logran sacar de ese estado, junto a esto el aislamiento y la anhedonia terminan de dominar el cuadro clínico. El paciente siente culpa por su pasado, le da miedo el presente y no tiene esperanza en el futuro, no se proyecta más allá del dolor y lo que siente en ese momento. Otros aspectos que también se evalúan en el examen mental es la conducta psicomotriz que presenta hipobulia, sus movimientos y marcha es lenta, en cuanto a la alimentación presenta inapetencia y pérdida de peso en tiempos cortos y sin estar haciendo dieta, pero algunos pacientes pueden presentar cuadros de bulimia que no se acompañan de vómitos autoprovocados o administración de laxantes y el juicio y raciocinio se encuentra desviado por el compromiso afectivo (17).

Una de las esferas afectadas como se mencionó anteriormente es el sueño, los pacientes depresivos pueden manejar los dos extremos o dormir mucho o padecer

de insomnio, en este último, el paciente lo refiere como problemas para consolidar el sueño o mantenerlo, es decir, el paciente es capaz de conciliar el sueño pero al cabo de unas horas se despierta en la madrugada y se le dificulta conciliar el sueño nuevamente, sueño no reparador y otros aspectos en la alteración del sueño, por lo tanto el paciente depresivo presenta una mala calidad del sueño y que a su vez afecta las funciones cognitivas, por eso el médico tratante debe hacer mucho énfasis y tratar este aspecto que se regula con tratamiento farmacológico (47).

3.3.4 Diagnostico

Según el DSM-5, hay un amplio criterios diagnósticos, sin embargo los pacientes que no cumplen con todos los criterios no se debe descartar y se debe tener en seguimiento. Se requieren cinco o más síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas, el principal y característico de esta enfermedad psiquiátrica es: tristeza la mayor parte del día, casi todos los días (el paciente lo refiere como sentirse triste vacío o desesperado, aunque algunos casos los pacientes o sus familiares lo refieren como irritabilidad), seguido de anhedonia que se define como perdida o desinterés en actividades que anteriormente eran agradables o placenteras, alteración en el peso, ya sea aumento o disminución donde el paciente experimentan cambios corporales en tiempos cortos o que no están a dieta y experimentan estos cambios, insomnio o hipersomnia casi todos los días, retraso o agitación psicomotor casi todos los días que es evidenciado por las personas en su entorno, fatiga o perdida de la energía casi todos los días la mayor parte del día, sentimiento de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse o disminución de la capacidad de pensar y tomar decisiones, ideas o pensamientos de muerte recurrente, intentos suicidas (48).

Todavía cabe señalar que estos síntomas van a causar malestar en el paciente y que ninguno de esas manifestaciones se puede atribuir a efectos fisiológicos de sustancias o afección médica y por último que no tenga antecedentes de episodios maníacos o hipomaniacos, es decir, que la depresión no se explica mejor por otro trastorno. Lo que respecta a la severidad de la depresión, cuando es leve el paciente va a referir y se van a encontrar en el examen mental pocos síntomas si es que hay alguno y la intensidad con la que se pueden manifestar los síntomas es en medida manejables por el paciente donde no se ve afectado notoriamente las relaciones interpersonales o en el ámbito laboral, la depresión moderada la intensidad de los síntomas es más notable, presenta varios síntomas con mayor compromiso funcional en la vida del paciente y el severo el número de síntomas es superior al requerido para hacer el diagnóstico, el paciente refiere no poder controlar la situación y que no son manejables y hay un gran compromiso funcional tanto en lo social, relaciones interpersonales y laboral, es decir, afecta notoriamente las tres esferas (49).

3.3.5 Tratamiento

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo y más del 90% en muchos países, no reciben tratamientos. El objetivo del tratamiento es obtener una remisión completa de los síntomas, retornar los niveles de funcionamiento premórbido y brindar una neuroprotección, mientras que los objetivos del paciente es la ausencia de los síntomas depresivos, salud mental positiva, una vida funcional laboral y disfrutar de las interacciones con familia amigos y compañeros de trabajo. Las fases en las que el paciente pasa al momento de recibir el tratamiento es la respuesta (No vuelve a ser mejor que antes, pero mejora un poquito), remisión (no se debe cambiar el tratamiento, así no haya mejorado mucho, lo que se debe hacer es prolongar el tiempo del tratamiento, recaída (cuando el paciente deja el tratamiento y reaparece

los síntomas del mismo episodio) y recurrencia (aparición de nuevos episodios pero que no están relacionados con el episodio anterior).

En la actualidad hay disponibles diferentes tipos de medicamentos antidepresivos y por su puesto tratamiento no farmacológico. Lo que respecta al tratamiento farmacológico se encuentran los moduladores monoaminérgicos que actúan bloqueando la degradación y absorción de las monoaminas, por ejemplo los Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina que es un grupo farmacológico que incluye Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram, la fluoxetina es uno de los más implementados, tiene efectos sobre el estado del ánimo y el ritmo circadiano, también otro grupo farmacológico implementado comúnmente son los IRSN como la Veniafaxina. Hay grupos farmacológicos que han venido en desuso pero fueron utilizados ampliamente en décadas anteriores como los tricíclicos que incluyen la Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, los heterocíclicos que incluyen Mianserina, Trazodona y antidepresivo noradrenergico y serotoninérgicas como la Mirtzapina (50). Otro grupo de fármaco que son indicados en condiciones y casos específicos son los antidepresivos (ATC, IMAO, entre otros), hipnóticos, litio, hormona tiroidea, ácidos grasos Omega 3, modafinilo, folato y pregabalina.

La efectividad que tienen las intervenciones no farmacológicas favorece positivamente en el tratamiento del paciente depresivo, además que fortalecen en los espacios laborales, este manejo no farmacológico está basado en trabajar en actividades y fortalecer ciertos aspectos que influyen en la depresión, mencionando uno de ellos está la terapia cognitivo-conductual que consiste en trabajar en las tendencias de hacer referencias inexactas que estén involucradas con eventos específicos y hacer un reemplazo en las distorsiones de los eventos vitales del paciente por evaluaciones más realistas y adaptativas, aquí se observa o se busca

un cambio cognitivo, convenciendo de alguna forma en cambiar la opinión del paciente mediante la experiencias de exposición y comportamiento (51,52).

Otro tipo de psicoterapia utilizada es la terapia de activación conductual que es muy frecuente que se combine con la cognitivo conductual, pero también funciona como terapia única, el objetivo es estimular al paciente a aumentar las interacciones positivas con su entorno mediante rutinas agradables y actividades esenciales. La psicoterapia interpersonal se fundamenta en manuales estructurados que abordan los problemas interpersonales en la depresión, el asesoramiento o consejería no directivo, es lo contrario, es una terapia no estructurada, sin especificaciones técnicas, se basa en ayudar a las personas a ventilar sus experiencias y emociones con la justificación de que el dialogar con otras personas genera un alivio a los problemas, sin embargo no está orientada a las soluciones ni a adquirir nuevas habilidades (53).

Terapia de adaptación y resolución de los problemas que se basan en trabajar en las actitudes y aptitudes al plantearse situaciones problemas, esto con el fin para manejar las recaídas y por ende tratar que no se presenten, también hay otras terapias como la de reminiscencia y entrenamiento de la memoria competitiva, son muchas las psicoterapias que se pueden implementar y que son en medida útil en el tratamiento de la depresión (54).

Otros aspectos que influyen y son coadyuvante es la modificación de los estilos de vida, como trabajar en la nutrición, actividad física, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre, mindfulness. Hay consideraciones que debemos tener presente en el tratamiento para la depresión y consiste en no sustituir prematuramente de un antidepresivo a otro sin esperar respuesta, esto se explica por qué a partir de la

cuarta semana es que se ve una respuesta antidepresiva, además si la medicación se retira prematuramente el enfermo recaerá, por lo tanto hay que seleccionar el momento idóneo una vez cumplido el protocolo para hacer el retiro del medicamento, por ende estar muy pendientes de las señales que pueden indicar mantener el tratamiento por más tiempo y también estar claros en que si una depresión no responde a antidepresivos no implica que no sea depresión.

3.4 Estado del arte

Los pacientes que padecen de depresión experimentan una disminución en la productividad laboral, ausentismo y un gran énfasis en el presentismo que no es más que la incompleta productividad laboral, es por eso que se llevó a cabo el estudio *Assessment in Work Productivity and the Relationship with Cognitive symptoms (AtWoRC)* con el propósito de correlacionar la mejoría de los síntomas cognitivos y la productividad laboral. La investigación se llevó en un tiempo de 52 semanas que incluía a personas con empleo activo que cursaban con depresión mayor tratados con vortioxetina (10–20 mg / día) y el funcionamiento se evaluó mediante el Cuestionario de limitaciones laborales de 4 dominios (WLQ), la Escala de discapacidad de Sheehan de 3 subescalas (SDS) y los ítems de ausentismo y presentismo del cuestionario *Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)*. Los resultados evidenciaron mejorías significativas después de 12 semanas de tratamiento con vortioxetina, posteriormente las mejoras en el funcionamiento del trabajo mental WLQ mostraron correlaciones más fuertes con la mejora en el presentismo WPAI y el ítem trabajo / escuela SDS, que el dominio físico WLQ. Lo que se concluye que los pacientes con depresión mayor activos laboralmente presentaron mejorías en los síntomas y mayor productividad laboral después de 12 y 52 semanas de tratamiento con vortioxetina (55).

Niedhammer I., Coindre K., Memmi S., Bertrais S. y Chastang J., realizaron un estudio con el objetivo de analizar las relaciones entre las exposiciones ocupacionales como el modelo de tensión laboral y factores de recompensa, factores psicosociales, factores de tiempo de trabajo-hora, y la depresión en la población trabajadora nacional francesa. La depresión se midió utilizando el instrumento y el algoritmo PHQ-9 que incluye 9 ítems que son los 9 criterios en los que se basa el diagnóstico de trastorno depresivo según el DSM-IV. Los resultados mostraron una mayor prevalencia en las mujeres en comparación con los hombres y que la baja latitud de decisión, baja recompensa, acoso, conflictos trabajo-familia y éticos, altas exigencias psicológicas, largas jornadas laborales son factores de riesgo de la depresión, por lo tanto se concluye que hay asociaciones significativas entre las exposiciones laborales psicosociales y la depresión (56).

Riihimäki K., Vuorilehtoy M., Isometsä E., en el 2015 en el centro de atención primaria de Vantta, realizaron un estudio con el objetivo de analizar la prevalencia y cuáles son los predictores de discapacidad funcional y laboral en 137 pacientes con depresión en seguimiento prospectivo durante cinco años, la información fue obtenida en base a las entrevistas y al registro de los pacientes. Los resultados mostraron que el nivel de funcionamiento y la capacidad de trabajo se correlacionan significativamente con el tiempo pasado deprimido y la gravedad actual de la depresión, específicamente un tercio del seguimiento; los pacientes con fuerza laboral pasaron sin trabajar debido a la depresión y dos tercios recibieron licencias por enfermedad y una décima parte recibieron pensión de invalidez consecuente a la depresión. Por lo tanto se concluye que la discapacidad es directamente proporcional al tiempo que se pasa deprimido, los factores de riesgos, comorbilidades psiquiátricas y físicas, la baja educación y problemas socioeconómicos influyen en el funcionamiento de unas áreas pero no en todas (57).

Enns BA V., Currie S., y Wang J., llevaron a cabo un estudio en el 2015 en enfermas que trabajan en hospitales y otras entidades en Canadá con el propósito de evaluar la prevalencia de la depresión mayor, así como delinear el papel de la autonomía profesional, el entorno y las características laborales como factores de riesgo de depresión y absentismo en estas enfermeras, el enfoque utilizado fue un análisis secundario transversal que incluían a 17.437 enfermeras, además que se usaron análisis univariados y multivariados para probar que los factores del entorno laboral son determinantes muy importantes en la depresión mayor y ausentismo, específicamente se usó la Encuesta Nacional sobre el Trabajo y la Salud de las Enfermeras (NSWHN). Como resultado, la prevalencia obtenida fue de 9,3% afectando a ciertas personas como enfermeras más jóvenes, divorciadas o viudas y además el estudio concluyó que hay una fuerte relación entre varios factores del entorno laboral y la depresión mayor en las enfermeras, los factores que primaron fueron la tensión laboral y lo que respecta a la autonomía confirmó el estudio que una mayor autonomía en el lugar de trabajo se relaciona con una menor prevalencia de depresión y menos ausencias laborales (58).

Kostev K., Dombrowski S., Konrady M., Bohlken J., desarrollaron un estudio retrospectivo en Alemania en el 2018 con el fin de indagar sobre el tiempo que dura la baja por enfermedad de un paciente con depresión y que factores demográficos influyen en esta duración, en el estudio se incluyó a 21.561 pacientes en baja por enfermedad relacionada con la depresión mayor, con edades de 25 y 60 años diagnosticados con depresión y los aspectos evaluados fue la mediana de la duración total de la baja por enfermedad de acuerdo al sexo y grupo etario, así como la duración, las variables demográficas y las comorbilidades psiquiátricas. Los resultados arrojaron que la duración media de la baja por enfermedad fue de 31 días y que esta aumenta estadísticamente con la edad y que el sexo no influyó significativamente sobre la duración, por otro lado se estimó que los pacientes mayores y con problemas laborales no podían trabajar durante periodos más

prologado, por lo tanto, se concluye que la depresión es crónica e implica un alto nivel de sufrimiento (59).

Firth N., Barkhamy M., Kellett S., en el 2015 hicieron una investigación con el fin de revisar la efectividad clínica de los sistemas de atención escalonada para la depresión en adultos en edad laboral, el enfoque del estudio fue mediante una revisión sistemática de la literatura y los ítems que tuvieron en cuenta fue las tasas de recuperación y las tasas de respuesta al tratamiento. Los resultados mostraron que la tasa de recuperación oscilaba entre el 40% y el 60% y las tasas de respuesta fue de aproximadamente del 60%, mientras que la mediana de la razón de posibilidades de recuperación fue de 1,31, por lo que se concluye que las intervenciones de atención escalonada para la depresión son efectivas al igual que la atención habitual, sin embargo recomendaron realizar más investigaciones que indaguen mucho más en las configuraciones de los servicios escalonados (60).

Adler D., Lerner D., Zachary D., Visco L., Greenhill A., Chang H., Cymerman E., Azocar F., y Rogers W., llevaron a cabo en el 2015 una investigación para probar la efectividad de una intervención centrada en el trabajo (WFI) sobre los resultados laborales de los adultos empleados con distimia, el enfoque utilizado fue de un ensayo controlado aleatorio y se usó el WLQ que es un cuestionario de limitaciones laborales que mide el grado en que los problemas de salud física o mental interfieren con el desempeño de las tareas laborales y la productividad laboral de una persona. El estudio menciona además que la depresión tiene un impacto negativo en la capacidad de desempeñarse en roles así como el de las actividades socioeconómicas como lo es el empleo y concluye que la WFI brinda una contribución potencial al modelo de atención colaborativa que ayuda a las personas empeladas a brindar una atención integran centrada en el paciente (61).

4. Diseño Metodológico

4.1 Tipo de Estudio

Se presenta un estudio prospectivo, transversal, con un carácter de medida cuantitativa con una profundidad exploratoria.

4.2 Área de Estudio

Valledupar, también conocida como la Ciudad de los Santos Reyes del Valle de Upa, es un municipio de Colombia y la capital de la provincia del Cesar. Es la capital del municipio del mismo nombre, con una superficie de 4.493 kilómetros cuadrados y 493.342 habitantes. Junto a su área metropolitana, tiene un total de 677.9.411 habitantes; cuenta con 25 corregimientos y 102 aldeas bajo su jurisdicción.

La ciudad es un importante centro de producción agrícola, agroindustrial y ganadera en la región entre las provincias norteñas del Cesar y el sur de La Guajira. Se ubica en medio de las dos cuencas mineras de carbón más grandes del país: Cerrejón en el norte. y Glencor La Loma en el sur -Complejo minero operado por La Jagua. También es uno de los principales centros musicales, culturales y folclóricos de Colombia porque es la cuna del género musical más popular del país, el vallenato, y actualmente es un símbolo de la música colombiana.

4.3 Población y Muestra

La población objetivo serán pacientes diagnosticados con depresión leve o medrada activos laboralmente durante el 2021.

Muestra

La muestra será a priori, se enviará los instrumentos a través de Google Forms® a los pacientes con depresión leve o moderada registrados en una IPS de Valledupar (Cesar). Y se espera la respuesta por parte de ellos, pasados treinta días se cerrará la posibilidad de responder y el número total será constitutivo de la muestra. Se espera tener un número mínimo de 90 pacientes.

Criterio de Inclusión

- Pacientes laboralmente activos en el 2021.
- Trabajadores de IPS Nivel 2 o 3.
- Mayor de edad.

Criterio de Exclusión

- Respuestas incompletas.

4.4 Fase de Captura de Datos

• Instrumentos de Desempeño laboral

Se tomo el cuestionario de desempeño laboral descrito por Rocca et al 2010. El cual consta de preguntas estructuradas, según áreas y sub-áreas, basándose en modelos de evaluación de productividad, y se utiliza para su valoración una escala

de cinco (5) opciones, según sea la pregunta. Por ejemplo, en el ítem Características del trabajo, sub-ítem Calidad de trabajo, ¿Puede mantener su atención en el trabajo? Siempre () - Casi siempre () - A veces () - Casi nunca () – Nunca ().

- **Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento**

Este inventario de 40 ítems, hecho por Cano et al (2007), tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. La persona comienza por describir de manera detallada la situación estresante; después, contesta cada ítem según una escala tipo Likert de cinco puntos que define la frecuencia de lo que hizo en la situación descrita. Al final de la escala contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

- **Validación del Instrumento de Captura de datos (Si aplica)**

Ambos cuestionarios han sido validado en español, tanto para el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (62) y *Desempeño laboral* (2).

4.5 Fase de Análisis de Datos

A los datos se les realizará medidas de tendencia central (media, moda y desviación estándar) como pruebas *ad hoc* para establecer la distribución de los mismos y la idoneidad de los estadísticos que se utilizarán para el análisis.

Para caracterizar sociodemográfica de los pacientes con depresión leve a moderada que se encuentran laboralmente activos y bajo tratamiento continuo durante el año 2021, se realizará un análisis de frecuencia y representatividad porcentual de las variables que corresponden a estos ítems.

Para caracterizar la autopercepción del desempeño laboral de los pacientes con depresión laboralmente activos de acuerdo a la Escala de *Desempeño laboral* Rocca et al 2010, se determinará el umbral mínimo de acuerdo a lo estipulado en el instructivo de la escala

Para inventario de estrategias de afrontamiento que predominan en los pacientes laboralmente activos con depresión leve a moderada durante el año 2021 de acuerdo a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento Cano et al (2007), se determinará el umbral mínimo de acuerdo a lo estipulado en el instructivo de la escala

Para establecer la relación entre la autopercepción de desempeño laboral y las estrategias de afrontamiento utilizadas en los pacientes con depresión leve a moderada, se realizará un modelo de regresión lineal ajustado de acuerdo a la distribución de los datos y un mapa de asociación a través de un mapa de calor multivariable.

Esto será realizado en Statgraphics ®, con una Alpha del 95% y una significancia estadística de al menos $p: 0.05$.

5. Resultados

Se evaluaron 34 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron participar en el estudio. La proporción sexual fue prácticamente de 3 mujeres por cada 4 hombres, sin encontrarse diferencia entre dicha proporción ($p > 0.05$).

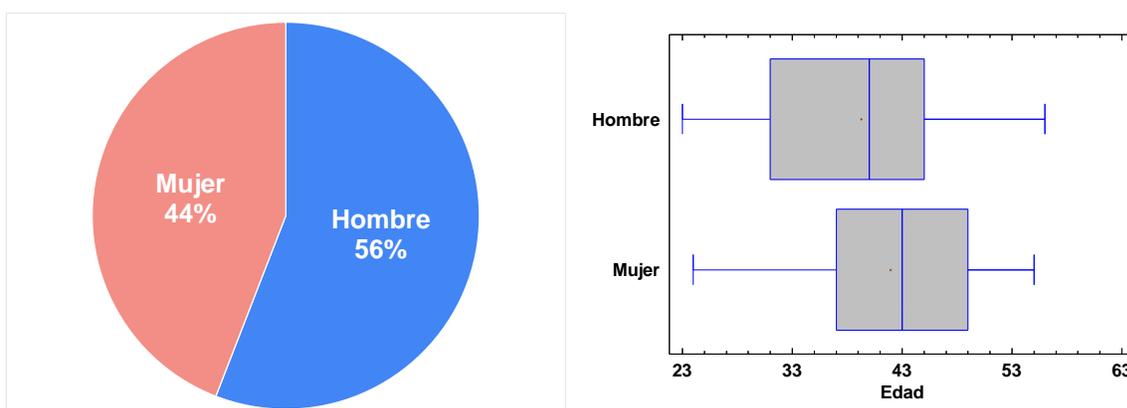


Ilustración 1 *Distribución de la proporción sexual (Izquierda) y Distribución de la edad de acuerdo al sexo (Derecha)*

La edad promedio de la población estudiada fue de 41 ± 10 años, siendo la edad de los hombres de 39 ± 9 años y la de las mujeres fue de 41 ± 9 , la edad mínima registrada fue de 23 años y la máxima fue de 56 años, ambas perteneciente a los hombres. No se encontró diferencia estadísticamente significativa para la edad por sexo ($t: -0,8048$; p -valor: $0,4268$) con un alfa del 95%.

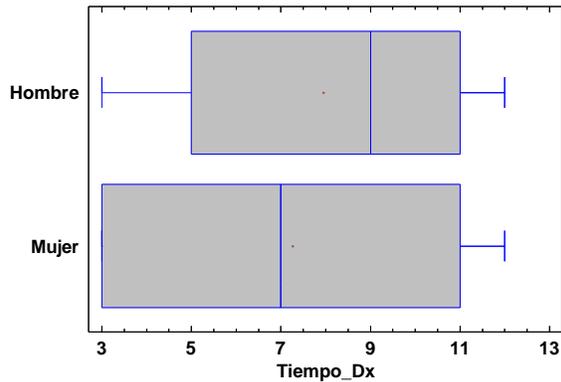
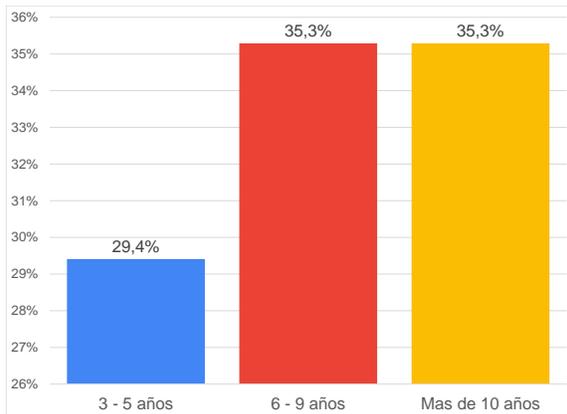


Ilustración 2 Distribución del Tiempo de Diagnóstico por periodos (Izquierda) y Distribución de tiempo por sexos (Derecha)

El 70.6% de la población tenía más de seis años de haber sido diagnosticada con Depresión. El tiempo promedio de diagnóstico fue de 7.6 ± 3.2 años, para los hombres $7,95 \pm 2,9$ años y de las mujeres de $7,26 \pm 3,4$ años. No se encontró diferencia estadísticamente significativa para la edad por sexo ($t: 0,6213$; p -valor: $0,5387$) con un alfa del 95%.

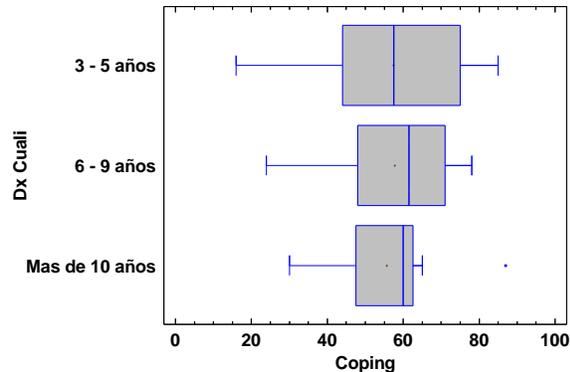
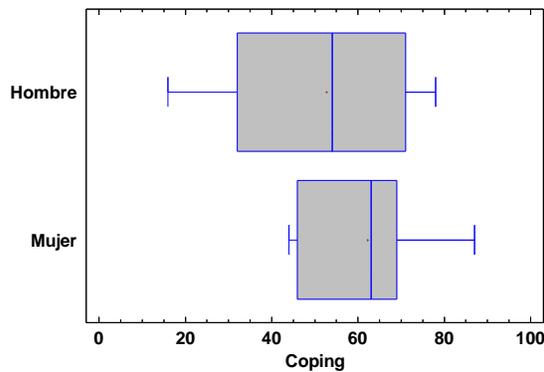


Ilustración 3 Comportamiento del Ponderado de los Puntos del Test de Afrontamiento (Coping) por sexo (Izq) y por tiempo de Diagnóstico (Der).

El puntaje promedio de Afrontamiento fue de $56,91 \pm 17,44$ ppts (puntos ponderados). Para los hombres el Afrontamiento fue de $52,68 \pm 18,81$ ppts y para las mujeres fue

62,27±14,38 ppts, sin encontrarse diferencia entre los sexos (t: -1,6301; p-valor: 0,1128). Con respecto al tiempo de diagnóstico, se observó que para un diagnóstico entre 3 - 5 años fue de 57,40±21,43ppts, entre 6 - 9 años fue de 57,75±17,21ppts y para aquellos diagnosticados más de 10 años fue de 55,67±15,42 ppts, es de notar que no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los tiempos de diagnóstico (F: 0.05; p-valor: 0.9555).

Tabla 1 Comparación de los Estrategia de Afrontamiento por Sexo

| | Hombre | Mujer | t-student | p-valor |
|-----|-----------|-----------|-----------|---------|
| REP | 32,4±27,7 | 37,0±21,2 | -0,5291 | 0,6004 |
| AUT | 76,5±18,1 | 77,9±17,6 | -0,2169 | 0,8297 |
| EEM | 57,2±32,1 | 71,7±22,2 | -1,4879 | 0,1466 |
| PSD | 61,3±36,6 | 56,5±28,0 | 0,4131 | 0,6823 |
| APS | 45,4±30,9 | 58,3±29,5 | -1,2267 | 0,2289 |
| REC | 39,5±30,6 | 59,0±26,3 | -1,9623 | 0,0585 |
| EVP | 57,0±23,6 | 76,3±15,0 | -2,7449 | 0,0098 |
| RES | 80,6±19,1 | 81,5±23,5 | -0,1215 | 0,9041 |

Resolución de problemas (REP); Autocrítica (AUT); Expresión emocional (EEM); Pensamiento desiderativo (PSD); Apoyo social (APS); Reestructuración cognitiva (REC); Evitación de problemas (EVP); Retirada social (RES)

Al revisar las ponderaciones de las Estrategias de Afrontamiento, encontramos que la más utilizada fue la Retirada Social con 80,6±19,1ppts seguida de Autocrítica con 76,5±18,1ppts por el contrario las menos utilizadas fueron Resolución de Problemas con 32,4±27,7ppts y Reestructuración Cognitiva con 39,5±30,6ppts. Por el lado de las mujeres, al igual que los hombres Retirada Social (81,5±23,5ppts) y la Autocrítica (77.9±17.6ppts) fueron las dominantes y las menos utilizadas fueron Resolución de Problemas (37,0±21,2) y Pensamiento desiderativo (56,5±28,0).

La estrategia que mostró comportamiento diferencia entre los sexos fue Evitación de problemas (EVP), con 57,0±23,6ppts para los hombres y con 76,3±15,0ppts para

las mujeres, valores que al contrastarlos indicaron una diferencia estadísticamente significativa (t: -2,7449; p-valor: 0,0098)

Tabla 2 Comparación de los Aspectos de Afrontamiento por Tiempo de Diagnóstico

| | 3 – 5 años | 6 – 9 años | 10 años o más | F-test | p-valor |
|-----|------------|------------|---------------|--------|---------|
| REP | 36,9±25,1 | 42,3±30,3 | 24,5±15,1 | 1,6900 | 0,2009 |
| AUT | 75,9±19,8 | 72,8±20,1 | 82,4±12,4 | 0,9200 | 0,4110 |
| EEM | 67,7±30,1 | 53,6±31,5 | 70,1±23,9 | 1,1500 | 0,3312 |
| PSD | 56,4±29,8 | 53,1±37,9 | 67,6±30,4 | 0,6300 | 0,5417 |
| APS | 47,4±33,8 | 64,1±26,1 | 41,2±29,7 | 1,8900 | 0,1684 |
| REC | 48,5±34,3 | 54,8±30,3 | 41,0±26,8 | 0,6200 | 0,5427 |
| EVP | 69,1±19,4 | 65,2±27,5 | 62,8±20,0 | 0,2100 | 0,8133 |
| RES | 76,4±24,1 | 75,4±25,1 | 90,3±6,7 | 1,9900 | 0,1536 |

Resolución de problemas (REP); Autocrítica (AUT); Expresión emocional (EEM); Pensamiento desiderativo (PSD); Apoyo social (APS); Reestructuración cognitiva (REC); Evitación de problemas (EVP); Retirada social (RES)

Al evaluar el afrontamiento por tiempo de diagnóstico se observó que no había una estrategia utilizada diferencialmente ($p > 0.05$). Sin embargo, se encontró un comportamiento similar en la primera estrategia de elección que fue Retirada Social (RES) con 76,4±24,1ppts para 1 – 5 años, 75,4±25,1ppts para 6 – 9 años y 90,3±6,7ppts para 10 años o más; para la segunda estrategia de mayor uso fue Autocrítica (AUT) siendo de 75,9±19,8ppts, para 1 – 5 años, de 72,8±20,1ppts para 6 – 9 años y 82,4±12,4ppts para 10 o más años de diagnóstico.

En cuanto a las estrategias de menor uso, la Resolución de problemas fue la menos utilizada con 36,9±25,1ppts para diagnóstico entre 1 -5 años, 42,3±30,3ppts para 6 – 9 años y de 24,5±15,1ppts aquellos con diagnósticos de 10 años o más. Las segundas estrategias menos utilizadas, se encontraron variaciones entre los tiempos de diagnóstico, sin haber diferencia significativa, para los diagnosticados entre 1 – 5 años el Apoyo Social fue el menos utilizado (47,4±33,8ppts), para los diagnosticados entre 6 – 9 años fue Pensamiento Desiderativo (53,1±37,9ppts) y

para aquellos con diagnóstico de 10 años o más años la Reestructuración Cognitiva ($41,0\pm 26,8$ ppts) fue la menos utilizada.

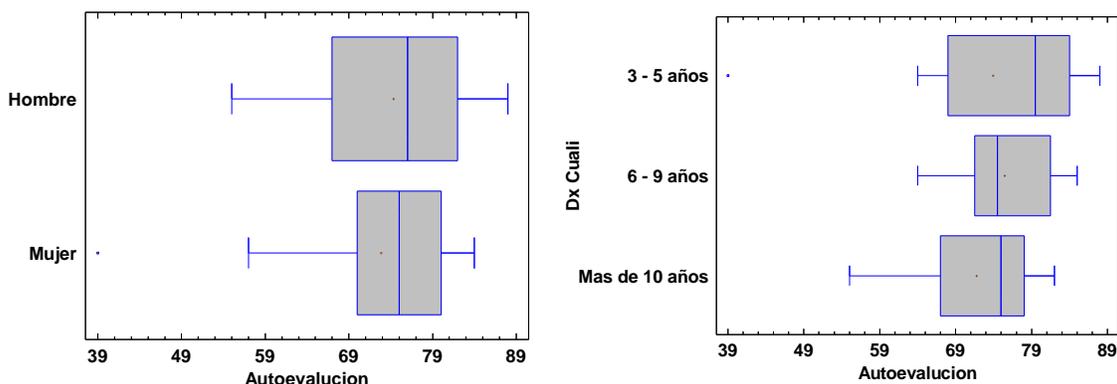


Ilustración 4 Comportamiento del Autoevaluación del Desempeño Laboral por sexo (Izquierda) y por tiempo de Diagnóstico (Derecha).

El puntaje promedio de Autoevaluación del Desempeño Laboral fue de $73,9\pm 10,3\%$. Para los hombres la Autoevaluación del Desempeño Laboral fue de $74,3\pm 9,03\%$ y para las mujeres fue $72,9\pm 11,57\%$, sin encontrarse diferencia entre los sexos ($W: 139,0$; p-valor: $0,9169$). Con respecto al tiempo de diagnóstico, se observó que para un diagnóstico entre 3 - 5 años fue de $73,9\pm 14,44\%$, entre 6 - 9 años fue de $75,41\pm 7,1\%$ y para aquellos diagnosticados con 10 o más años fue de $71,75\pm 8,81\%$, es de notar que no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los tiempos de diagnóstico ($F: 0,38$; p-valor: $0,6841$).

Tabla 3 Comparación de los Factores de la Autoevaluación del Desempeño Laboral por Sexo

| | Hombre | Mujer | W-test | p-valor |
|----|-----------|-----------|--------|---------|
| CP | 83,3±10,5 | 82,1±11,8 | 140,0 | 0,9446 |
| CT | 73,7±10,9 | 71,3±13,7 | 132,0 | 0,7282 |
| RI | 63,4±11,2 | 65,2±10,4 | 153,0 | 0,7279 |
| PP | 76,9±11,5 | 73,2±16,9 | 142,5 | 0,9861 |

Condiciones personales (CP); Características del trabajo (CT); Relaciones interpersonales (RI); Políticas de personal (PP)

Al examinar Factores de la Autoevaluación del Desempeño Laboral se evidenció que no había una Factor diferencia entre hombres y mujeres ($p > 0.05$). Sin embargo, se encontró que la autoevaluación de las Condiciones personales (CP) fue notoriamente alta tanto para hombres ($83.3\pm 10.5\%$) como para mujeres ($82.1\pm 11\%$) mientras que las Relaciones Interpersonales (RI) fueron las más bajas valoradas para hombres (63.4 ± 11.2) y mujeres (65.2 ± 10.4)

Tabla 4 Comparación de los Factores de la Autoevaluación del Desempeño Laboral por Tiempo de Diagnóstico

| | 3 - 5 años | 6 - 9 años | 10 años o más | kw-test | p-valor |
|----|------------|------------|---------------|---------|---------|
| CP | 79,8±15,0 | 84,8±7,0 | 83,3±10,7 | 0,2796 | 0,8695 |
| CT | 73,1±15,8 | 75,3±7,9 | 69,6±12,2 | 2,1771 | 0,3367 |
| RI | 65,8±11,9 | 66,8±10,5 | 60,3±9,6 | 2,0300 | 0,3624 |
| PP | 76,7±22,7 | 75,5±7,8 | 73,8±10,1 | 2,0267 | 0,3630 |

Condiciones personales (CP); Características del trabajo (CT); Relaciones interpersonales (RI); Políticas de personal (PP)

Examinado Factores de la Autoevaluación del Desempeño Laboral por Tiempo de Diagnóstico se encontró que no había un factor diferencial ($p > 0.05$). Sin embargo, se encontró un comportamiento similar en el facto mejor puntuado, el cual fue coincidente en los tres tiempos evaluados, dicho factor fue el de Condiciones Personales (CP) con una puntuación de $79,8\pm 15,0\%$ para los diagnosticados entre 3 y 5 años, de $84,8\pm 7,0\%$ para aquellos con diagnostico entre 6 y 9 años y de $83,3\pm 10,7\%$ para los que tenían 10 o más años de diagnóstico.

El Factor menor puntuado, también fue coincidente para Relaciones Interpersonales en los tres tiempos evaluados, siendo $65,8 \pm 11,9\%$ para 3 a 5 años de diagnóstico, $66,8 \pm 10,5\%$ los de 6 a 9 años de diagnóstico y de $60,3 \pm 9,6\%$ para aquellos con más de 9 años de diagnóstico. Así mismo el segundo factor con menor valoración fue Características del Trabajo y también fue coincidente entre los tres tiempos, siendo de la valoración de $73,1 \pm 15,8\%$, $75,3 \pm 7,9\%$ y $69,6 \pm 12,2\%$, para un diagnóstico entre 3 - 5 años, 6 - 9 años y 10 años o más, respectivamente.

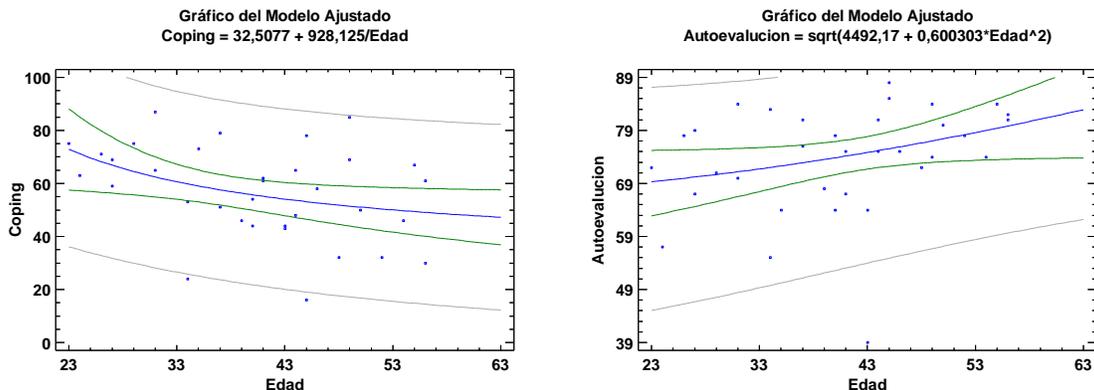


Ilustración 5 Modelos de regresión de Afrontamiento (Izquierda) y Autoevaluación (Derecha) de acuerdo a la Edad.

Al evaluar mediante un modelo lineal, se observó que asociación de disminuir los puntajes ponderados para Afrontamiento del un 37% por cada año cumplido ($p: 0.028$), mientras que la autoevaluación, se evidencia una tendencia a aumentar en razón de un 33.7% por años cumplidos, esta tendencia se soporta en el p -valor, el cual es de 0.0506, resultado que muestra la tendencia, mas no una asociación definitiva. No se encontró asociación entre Afrontamiento y Tiempo de Diagnóstico ($p: 0.8167$), ni para Autoevaluación y Tiempos de Diagnostico ($p: 0.2775$).

Tabla 5 Correlación de Rangos de Spearman entre las Estrategias de Afrontamiento y los factores Autoevaluación del Desempeño Laboral

| | CP | CT | RI | PP |
|-----|---|---|---|-------------------------------------|
| REP | r ² :0,1396 p:0,4226 | r ² :0,2803 p:0,1074 | r ² :0,1557 p:0,3712 | r ² :0,2244 p:0,1975 |
| AUT | r ² :-0,2814 p:0,106 | r ² :-0,2392 p:0,1693 | r ² :-0,1466 p:0,3998 | r ² :-0,052 p:0,765 |
| EEM | r ² :-0,2918 p:0,0937 | r ² :-0,2875 p:0,0986 | r ² :-0,1637 p:0,3469 | r ² :-0,2098 p:0,2281 |
| PSD | r²:-0,4584 p:0,0085 | r²:-0,4555 p:0,0089 | r²:-0,3689 p:0,0341 | r ² :-0,2485 p:0,1534 |
| APS | r ² :0,1236 p:0,4778 | r ² :0,1578 p:0,3646 | r ² :0,134 p:0,4413 | r ² :0,0281 p:0,8718 |
| REC | r ² :0,3313 p:0,057 | r²:0,4462 p:0,0104 | r ² :0,2573 p:0,1394 | r ² :0,1546 p:0,3745 |
| EVP | r ² :-0,0383 p:0,8259 | r ² :0,062 p:0,7217 | r ² :0,1913 p:0,2717 | r ² :0,2114 p:0,2245 |
| RES | r ² :-0,134 p:0,4414 | r ² :-0,2818 p:0,1055 | r ² :-0,0931 p:0,5930 | r ² :0,2539 p:0,1446 |

Resolución de problemas (REP); Autocrítica (AUT); Expresión emocional (EEM); Pensamiento desiderativo (PSD); Apoyo social (APS); Reestructuración cognitiva (REC); Evitación de problemas (EVP); Retirada social (RES); Condiciones personales (CP); Características del trabajo (CT); Relaciones interpersonales (RI); Políticas de personal (PP).

Al evaluar tanto las estrategias de afrontamiento con factores Autoevaluación del Desempeño Laboral, a través de una correlación por rango de Spearman, entre cada par. Los siguientes pares tienen p-valores por debajo de 0,05. Siendo la estrategia de afrontamiento Pensamiento desiderativo (PSD) la que tuvo relación estadísticamente significativa con los factores Autoevaluación del Desempeño Laboral Condiciones personales (CP) (p: 0.0085) , Características del trabajo (CT) (0.0089) y Relaciones interpersonales (RI) (p: 0.0341); por otra parte la Estrategia Reestructuración cognitiva (REC) se relacionó significativamente con Características del trabajo (CT) (p: 0.0104)

6. Discusiones

En el estudio realizado, el cual es de carácter prospectivo, transversal, con un carácter de medida cuantitativa con una profundidad exploratoria. Se busca evaluar las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento con el desempeño laboral en los pacientes con depresión leve a moderada en una IPS. En el cual se plantea la depresión como una enfermedad que afecta la socialización del individuo, debido a que las fluctuaciones emocionales que presenta el individuo pueden generar una variación entre lo que a estos les interesa generando una pérdida del interés en el trabajo, insomnio, anorexia y en ocasiones una ideación suicida en estos (63).

En la población estudiada, la mayoría de los pacientes fueron de diagnóstico temprano alrededor de los 18 años, se ha observado que la población que es diagnosticada más joven, tiene mejores oportunidades de tratamiento y, por lo tanto, el manejo de situación en el ambiente laboral no genera tanto estrés ni una elevada necesidad de utilizar herramientas de afrontamiento (64).

Otro aspecto importante que muestra el presente estudio, es la nula diferencia en el diagnóstico de depresión leve a moderada entre sexos, esto responde a los perfiles epidemiológicos, donde se ha encontrado que, si bien los hombres tienen una menor tasa de sufrir depresión que las mujeres, no existe una verdadera diferencia en la práctica entre hombres y mujeres a la hora de tener este padecimiento (15).

La diferencia que algunos encuentran, se podría explicar en que la mujer vas más temprano al psicólogo/psiquiatra, razón por la cual pareciera que existe diferencia géneros, sin embargo, esta brecha no solo responde a que las mujeres consultan más temprano, sino a la minimización de los síntomas y signos en el paciente hombre, sino se le da la baja prioridad a la depresión en los hombres (1,65).

El afrontamiento es un papel importante en los pacientes con Depresión, y juega un papel importante en aquello que son laboralmente activos, ya que les permite lidiar con el día a día, manejar percentiles medio indica que los pacientes se encuentran ecualizados y toman decisiones ajustadas a una realidad objetiva (66,67).

Los puntajes ponderados medianos tanto para el tiempo de diagnóstico y por sexo, indican una respuesta generalizada y congruente con una respuesta al tratamiento, farmacológico o no de los pacientes. Aunque hay una respuesta mediana en el ponderado del Afrontamiento se observa que la estrategia más utilizada es la Retirada Social, esta es una respuesta típica en el paciente con depresión debido a su patología (1,68)

Por ende, las personas con depresión suelen tener un apreciación deficiente de sus calidad de vida lo cual genera una modificación en la forma en la que afrontan las situaciones problemáticas, por lo cual al realizar el estudio mencionado la población que incluyo es este fue de 34 participantes en los cuales se observó una proporción de 3 mujeres por cada 4 hombres tratados por una IPS de Valledupar(cesar) los cuales presentaban una edad promedio de 41 ± 10 años, la edad más baja que se trató en el estudio fue de 23 años y la más alta fue de 56. Por lo cual, establece que

la población generalmente afectada por la depresión son personas jóvenes de las cuales muchas de ellas ya llevan gran cantidad de tiempo con el diagnóstico de estas lo cual conlleva a una difícil forma de afrontar debido a la cantidad de tiempo que se lleva conviviendo con el trastorno depresivo lo cual aumenta mucho más los riesgos a medida que el tiempo avanza. Lo cual se observa en esta encuesta debido a que el 70.6% de los pacientes presentan un diagnóstico de más de 6, lo cual muestra a su vez que a medida que pasa el tiempo menor afrontamiento ahí de la depresión.

Lo anteriormente mencionado se sustenta en el estudio realizado por Niedhammer et al. (56) en el cual se analizaron la relación entre la exposición ocupacional como el modelo de tensión laboral en el cual se observó una mayor prevalencia de las mujeres sobre los hombres, a su vez se plantea que la baja compensación, acoso, conflictos laborales, altas exigencias psicológicas y altas jornadas de trabajo son factores que aumentan el riesgo de la depresión. Debido a la carga de trabajo lo cual aumenta el nivel de ansiedad en muchas ocasiones se puede deber a querer un buen rendimiento y desempeño por lo cual este tipo de personas tiende a exigirse mucho más en el ambiente laboral. Se ve a su vez sustentado también por Kostev et al. (59) en el cual se plantea la duración de las bajas por enfermedad de los pacientes con depresión, en el cual se observó una duración de 31 días lo cual aumenta progresivamente con la edad lo cual se ve altamente relacionado a su vez con el tiempo de diagnóstico de la depresión.

Al caracterizar la autopercepción del desempeño laboral de los pacientes con depresión, se observó que no hay presencia de un factor de diferencia entre los hombres y las mujeres, pero se estableció que en las condiciones personales fue un factor de incidencia alto tanto en hombres como en mujeres y las interpersonales fue la más baja percibida, esto está sustentado por Riihimäki et al. (57) en el cual se

buscaba conocer los predictores de discapacidad funcional y laboral, en el cual se obtuvo que el tiempo que la persona pasa deprimida y la gravedad de la depresión, por lo cual el tiempo en el cual se ve afectado el trabajo es proporcional a tiempo que el paciente pasa deprimido.

Como resultado muchos de los pacientes con depresión tienden a tener una percepción deficiente de su calidad de vida lo que modifica la manera en la que se afrontan las situaciones problemáticas, esto conlleva a una falta de interés por el trabajo y consecuencia de esto una disminución de la productividad lo cual puede llevar en muchas ocasiones a la pérdida del trabajo.

Así mismo se busca por medio del estudio determinar el inventario de estrategias de afrontamiento que predominan en los pacientes laboralmente activos con depresión leve a moderada, dentro de las estrategias valoradas en el estudio la que se observa en mayor prevalencia es la restricción social situación en la cual las personas prefieren alejarse del entorno en el que se encuentran o de las personas que tiene a su alrededor, este se observó con una incidencia del $80.6 \pm 19,1$ ppts y luego de esta se observa también la autocrítica en una estadística de $76,5 \pm 18,1$ ppts. También se observó que las mujeres presentan una mayor incidencia a la evitación de problemas que los hombres. Esto en muchas ocasiones puede afectar el entorno laboral por ende generara mucha más preocupación y depresión en el paciente, debido a esto se establece la hipótesis sobre un buen ambiente laboral puede mejorar los síntomas cognitivos.

Lo anteriormente mencionado se ve apoyado en el estudio realizado por (Chokka et al. (55) en el cual se correlacionan la mejora de los síntomas cognitivos y la productividad laboral en el cual se estableció que al medicar al paciente y mejorar

sus síntomas cognitivos luego de 12 semanas se observaba un mejor desempeño laboral en las personas que participaron. Esto también es a su vez aceptado por Firth et al. (60) en el cual se realizó una investigación sobre las tasas de recuperación y las tasas de respuesta al tratamiento de la depresión, en este se observa una recuperación entre el 40% y 60% los cuales son valores favorables en el proceso de recuperación.

Por lo que se logra establecer que si hay un buen balance cognitivo en el paciente puede mejorar su entorno y si este se encuentra en un entorno óptimo de trabajo en el cual encuentre el apoyo necesario y se sienta cómodo en este el paciente mejorará su estado cognitivo en su ambiente de trabajo y por ende su desempeño laboral.

Al evaluar la relación existente entre la autopercepción del desempeño laboral y las estrategias de afrontamiento para la depresión se observa que ahí una incidencia del pensamiento desiderativo sobre los factores como condiciones personales, características de trabajo y las relaciones interpersonales. Por lo esto al ser el pensamiento desiderativo una forma de pensar que no permite ver con total claridad las cosas que pasan en su entorno, por esto las personas tienden a sacar o idear conclusiones de acuerdo a conjeturas que ellos mismo creen que se percibe de ellos, por lo cual este tipo de pensamientos los lleva a manejar un distanciamiento social de los demás.

Resultados apoyados por Enns et al. (58) el cual se realiza a el personal médico para evaluar la prevalencia de la presión mayor delimitando el papel de la autonomía profesional en el cual se observa una prevalencia del 9.3% el cual afecta a enfermeras jóvenes , divorciadas o viudas, lo cual está relacionado con factores

como la tensión laboral. Lo cual lleva a concluir que si se establece una mejor independencia laboral disminuirá el nivel de depresión de los pacientes debido a que les resultará difícil llegar a pensamientos desiderativos.

Este estudio presenta una alta relevancia respecto a la necesidad de investigar y conocer mucho más a fondo la manera en la cual los pacientes con depresión, afrontan su día a día para poder generar un buen desempeño laboral, permitiéndonos conocer los desafíos psicológicos que este tipo de pacientes presentan en su diario vivir, y como ahí una gran cantidad de factores que pueden ser un detonante para una recaída de estos pacientes.

7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1 Conclusiones

Teniendo en cuenta los anteriores resultados, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- La depresión es una enfermedad tanto de hombres y mujeres, que no se asocia a estos al menos, en nuestros datos con la edad.
- El grado de depresión no depende que tan joven o no se da el paciente.
- Las mujeres suelen tener un mayor número de estrategias que los hombres.
- La evitación de problemas y la Retirada social son las estrategias de afrontamiento de mayor preferencia para las mujeres.
- Las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout se relacionan de manera independiente en los pacientes con depresión leve a moderada que trabajan.

7.2 Recomendaciones

De acuerdo con los resultados de este trabajo, lo autores se permiten hacer las siguientes recomendaciones:

- Evaluar esta asociación en un grado de depresión moderada alta y que el paciente sea laboralmente activo.
- Se alizar esta misma investigación, pero en personas que solo se dediquen a las actividades del hogar.
- Realizar este tipo de investigación en otro tipo de enfermedad mental

8. Referencias Bibliográficas

1. Sánchez AP, Caballo Escribano C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: Poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enferm Glob*. 2017;16(2):281–94.
2. Murat M, Köse S, Savaşer S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2021 Apr;30(2):533–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33222350>
3. Ariza K, Isaza P, Gaviria AM, Quiceno JM, Vinaccia S, Alvarán L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico - LES. *Ter Psicol*. 2010;28(1):27–36.
4. Capote E, Casamayor Z, Castañer J. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Rev Cuba Med Mil*. 2012;41(3):237–47.
5. Weisman M, Jolly M, Mok CC, Clarke AE, Goker B, Toloza S, et al. Disease-specific quality of life in patients with lupus nephritis. *Lupus*. 2017;27(2):257–64.
6. Micin S, Bagladi V. Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Ter psicológica*. 2011 Jul;29(1):53–64.
7. Arciniega A, Silvia R. Factores organizacionales causantes del estrés en el trabajo y estrategias para afrontarlo. *Rev Venez Gerenc* [Internet]. 2012;17(60):611–34. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29024892005>
8. Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
9. Van Der Zaag-Loonen HJ, Grootenhuis MA, Last BF, Derkx HHF. Coping strategies and quality of life of adolescents with inflammatory bowel disease. *Qual Life Res*. 2004;13(5):1011–9.
10. Rapp SR, Cottrell CA, Leary MR. Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *Br J Dermatol*. 2001;145(4):610–6.
11. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies and quality of life

- among patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Scand J Caring Sci.* 1998;12(4):223–30.
12. Danhauer SC, Crawford SL, Farmer DF, Avis NE. A longitudinal investigation of coping strategies and quality of life among younger women with breast cancer. *J Behav Med.* 2009;32(4):371–9.
 13. Organización Mundial de la Salud. Depresión. OMS. 2020.
 14. Marwaha S, Thompson A, Bebbington P, Singh SP, Freeman D, Winsper C, et al. Adult attention deficit hyperactivity symptoms and psychosis: Epidemiological evidence from a population survey in England. *Psychiatry Res [Internet].* 2015 Sep 30;229(1–2):49–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26235475>
 15. Elder E, Johnston ANB, Wallis M, Greenslade JH, Crilly J. Emergency clinician perceptions of occupational stressors and coping strategies: A multi-site study. *Int Emerg Nurs.* 2019 Jul;45(March 2019):17–24.
 16. Kendler KS. The genealogy of major depression: symptoms and signs of melancholia from 1880 to 1900. *Mol Psychiatry.* 2017 Nov;22(11):1539–53.
 17. Fried EI, Epskamp S, Nesse RM, Tuerlinckx F, Borsboom D. What are “good” depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *J Affect Disord.* 2016 Jan;189:314–20.
 18. Jacqueline L. Motivación laboral y desempeño laboral en el centro de salud la Huayrona 2017. Univ César Vallejo. 2017;
 19. Peña M, Durán MN. Justicia organizacional, desempeño laboral y discapacidad. *Rev Colomb Ciencias Soc.* 2016;7(1):201–22.
 20. José G, Roberto E. Influencia de la inteligencia emocional en el desempeño laboral. *Sapienza Organ.* 2015;0(3):53–68.
 21. Rodríguez Rolón RT. Una mirada hacia el entorno de la persona con Depresión Mayor. 2017;
 22. Nevarez H. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y RIESGO PSICOSOCIAL DEBIDO AL TRABAJO EN LA POBLACIÓN LABORALMENTE ACTIVA QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL RIOBAMBA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO; 2017.
 23. Viñas Poch F, González Carrasco M, García Moreno Y, Malo Cerrato S, Casas Aznar F. Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *An Psicol.* 2015;31(1):226–33.
 24. Vasquez J, Alcalá A, Ortega T. Estilos y Estrategias de Afrontamiento en cuanto a los factores familiar, social y salud en niños y niñas de 6 de bachillerato de la Institución Educativa Fulgencio Lequerica Velez. UNIVERSIDAD SANBUENAVENTURA SECCIONAL CARTAGENA. 2014.
 25. Ching SSY, Cheung K, Hegney D, Rees CS. Stressors and coping of nursing students in clinical placement: A qualitative study contextualizing their

- resilience and burnout. *Nurse Educ Pract*. 2020 Jan;42(May 2019):102690.
26. Rückholdt M, Tofler GH, Randall S, Buckley T. Coping by family members of critically ill hospitalised patients: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2019 Sep;97(2019):40–54.
 27. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MÁ, Parra-Anguita L, Del-Pino-Casado R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*. 2017 Aug;49(7):381–8.
 28. Henao-Castaño ÁM, Quiñonez-Mora MA. Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. *Enfermería Intensiva*. 2019 Oct;30(4):163–9.
 29. Lledó-Morera À, Bosch-Alcaraz A. Análisis del afrontamiento de la enfermera frente a la muerte de un paciente pediátrico. *Enfermería Intensiva*. 2020 Aug;(xx).
 30. Arrogante Ó, Pérez-García AM, Aparicio-Zaldívar EG. Bienestar psicológico en enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica*. 2015 Mar;25(2):73–80.
 31. Pérez C, Vélez H. Características Psicométricas de un Cuestionario de Estilo de Afrontamiento. 2010;(June 2010).
 32. Voskou P, Bougea A, Economou M, Douzenis A, Ginieri-Coccosis M. Relación entre calidad de vida, síntomas psicopatológicos y formas de afrontamiento en las enfermeras griegas. *Enfermería Clínica*. 2020 Jan;30(1):23–30.
 33. Ampong DN. Depression and Pharmacogenetics. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Feb;32(1):71–4.
 34. Cui R. Editorial (Thematic Selection: A Systematic Review of Depression). *Curr Neuropharmacol*. 2015 Aug;13(4):480–480.
 35. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev Med Chil*. 2014 Oct;142(10):1297–305.
 36. Barnett R. Depression. *Lancet*. 2019 May;393(10186):2113.
 37. Abdellatif SA, Hussien E-SS, Hamed WE, Zoromba MA. Relation Between Emotional Intelligence, Socio-Demographic and Clinical Characteristics of Patients with Depressive Disorders. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017 Feb;31(1):13–23.
 38. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018 Nov;392(10161):2299–312.
 39. Kuo DC, Tran M, Shah AA, Matorin A. Depression and the Suicidal Patient. *Emerg Med Clin North Am*. 2015 Nov;33(4):765–78.
 40. Brammer S V. What Interventions Improve Outcomes for the Patient Who Is Depressed and in Pain? *Pain Manag Nurs*. 2018 Dec;19(6):580–4.
 41. Coshal S, Saunders J, Matorin AA, Shah AA. Evaluation of Depression and Suicidal Patients in the Emergency Room. *Psychiatr Clin North Am*. 2017 Sep;40(3):363–77.
 42. Walters M, Hines-Martin V. Overview of executive functions in mood and

- depressive disorders: A review of the literature. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Aug;32(4):617–37.
43. Beardslee WR, Gladstone TRG, O'Connor EE. Developmental Risk of Depression: Experience Matters. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012 Apr;21(2):261–78.
 44. Erazo R. Depresión e inflamación: ¿Una relación más allá del azar? *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2020 Mar;31(2):188–96.
 45. Saveanu R V., Nemeroff CB. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatr Clin North Am*. 2012 Mar;35(1):51–71.
 46. Pitsillou E, Bresnehan SM, Kagarakis EA, Wijoyo SJ, Liang J, Hung A, et al. The cellular and molecular basis of major depressive disorder: towards a unified model for understanding clinical depression. *Mol Biol Rep*. 2020 Jan;47(1):753–70.
 47. Müller MJ, Olschinski C, Kundermann B, Cabanel N. Sleep Duration of Inpatients With a Depressive Disorder: Associations With Age, Subjective Sleep Quality, and Cognitive Complaints. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017 Feb;31(1):77–82.
 48. Novac A. DEPRESSIVE , BIPOLAR , AND RELATED. *Conn's Current Therapy 2020*. Elsevier; 2020. 786–796 p.
 49. Park LT, Zarate CA. Depression in the Primary Care Setting. Solomon CG, editor. *N Engl J Med*. 2019 Feb;380(6):559–68.
 50. Mendoza J. Circadian insights into the biology of depression: Symptoms, treatments and animal models. *Behav Brain Res*. 2019 Dec;376(August):112186.
 51. Tolin DF. Can Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression Be Improved with Pharmacotherapy? A Meta-analysis. *Psychiatr Clin North Am*. 2017 Dec;40(4):715–38.
 52. Powers MB, de Kleine RA, Smits JAJ. Core Mechanisms of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2017 Dec;40(4):611–23.
 53. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Dec;21(12):129.
 54. Apóstolo J, Bobrowicz-Campos E, Rodrigues M, Castro I, Cardoso D. The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016 Jun;58(2016):59–70.
 55. Chokka P, Bougie J, Proulx J, Tvistholm AH, Ettrup A. Long-term functioning outcomes are predicted by cognitive symptoms in working patients with major depressive disorder treated with vortioxetine: results from the AtWoRC study. *CNS Spectr*. 2019 Dec;24(6):616–27.
 56. Niedhammer I, Coindre K, Memmi S, Bertrais S, Chastang J-F. Working conditions and depression in the French national working population: Results from the SUMER study. *J Psychiatr Res*. 2020 Apr;123(December

- 2019):178–86.
57. Riihimäki K, Vuorilehto M, Isometsä E. A 5-year prospective study of predictors for functional and work disability among primary care patients with depressive disorders. *Eur Psychiatry*. 2015 Jan;30(1):51–7.
 58. Enns V, Currie S, Wang J. Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nurs Outlook*. 2015 May;63(3):269–77.
 59. Kostev K, Dombrowski S, Konrad M, Bohlken J. PMH7 - DURATION OF INABILITY TO WORK IN DEPRESSION PATIENTS TREATED IN GENERAL OR PSYCHIATRIC PRACTICES IN GERMANY. *Value Heal*. 2018 Oct;21:S277.
 60. Firth N, Barkham M, Kellett S. The clinical effectiveness of stepped care systems for depression in working age adults: A systematic review. *J Affect Disord*. 2015 Jan;170(2015):119–30.
 61. Adler DA, Lerner D, Visco ZL, Greenhill A, Chang H, Cymerman E, et al. Improving work outcomes of dysthymia (persistent depressive disorder) in an employed population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015 Jul;37(4):352–9.
 62. Campo-Arias A, Pedrozo-Cortés MJ, Pedrozo-Pupo JC. Pandemic-Related Perceived Stress Scale of COVID-19: An exploration of online psychometric performance. *Rev Colomb Psiquiatr (English ed) [Internet]*. 49(4):229–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33328014>
 63. Favreau M, Hillert A, Osen B, Gärtner T, Hunatschek S, Riese M, et al. Psychological consequences and differential impact of the COVID-19 pandemic in patients with mental disorders. *Psychiatry Res*. 2021 Aug;302(May):114045.
 64. Ngai F-W, Chan SW-C, Ip W-Y. The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: a quasi-experiment. *Int J Nurs Stud [Internet]*. 2009 Oct;46(10):1298–306. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19361801>
 65. Campos A, Bustos G, Romero A. Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. *Aquichan*. 2009;9(3):271–80.
 66. Nava Quiroz C, Méndez PO, Zaira C, Valero V, Soria R, Resumen T. Inventory of Strategies of Coping: A replication. *Psicol y Salud*. 2010;20(2):213–20.
 67. Vanegas-Farfano MTJ, Quezada-Berúmen LDC, González-Ramírez MT. Actividades artístico-recreativas y estrés percibido. *Ansiedad y Estrés*. 2016 Jul;22(2–3):68–73.
 68. Haupt M, Millen S, Jänner M, Falagan D, Fischer-Betz R, Schneider M. Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus erythematosus: a prospective study. *Ann Rheum Dis [Internet]*. 2005;64(11):1618–23. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1755287&tool=pm>

centrez&rendertype=abstract

A. Anexo