



## Artículo original

# Condiciones laborales y extralaborales relacionadas con la presencia de síntomas depresivos en mujeres trabajadoras con empleos de subsistencia en el centro de Medellín, 2015-2019



María Osley Garzón-Duque<sup>a,\*</sup>, Paula Andrea Uribe-Cárdenas<sup>a</sup>, Fabio León Rodríguez-Ospina<sup>b</sup>, Doris Cardona-Arango<sup>c</sup>, Angela María Segura-Cardona<sup>c</sup> y Sara Marulanda-Henao<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Gerencia en Sistemas de Información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia

<sup>c</sup> Escuela de Graduados, Universidad CES, Medellín, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 17 de junio de 2020

Aceptado el 12 de noviembre de 2020

On-line el 30 de enero de 2021

#### Palabras clave:

Trabajo  
Trastornos mentales  
Depresión  
Epidemiología  
Salud pública

### R E S U M E N

**Objetivo:** Determinar las condiciones laborales y extralaborales relacionadas con los síntomas depresivos de trabajadoras informales del centro de Medellín en 2015-2019.

**Métodos:** Estudio transversal con intención analítica y fuentes primarias de información. Toma de datos con encuesta asistida en una de sus sedes gremiales en 2016, después de prueba piloto y estandarización de encuestadores. Se tomó por censo a 291 trabajadoras y se exploraron sus características laborales y extralaborales.

**Resultados:** Las mujeres tenían una media de edad de 45 años, escolaridad  $\leq 5$  años, viviendas en estrato bajo y medio e ingresos inferiores al salario mínimo de 2016. Alrededor del 60,0% tenía inseguridad alimentaria moderada-grave, sin subsidio del Estado; eran fundamentalmente cabezas de familia, con 2 o menos personas a su cargo, y responsables de sus labores en el hogar. Laboraban al menos 8 h al día 6 o 7 días a la semana, con padres o parientes venteros, y al menos 20 años en su labor. Alrededor del 60,0% tenía pareja, el 21,6% con disfuncionalidad familiar, y el 15,4% sufría síntomas depresivos moderados-graves (MG). Se asociaron y aportaron a la explicación de síntomas depresivos MG, vivir en cuarto o inquilinato, en estrato socioeconómico bajo y tener disfuncionalidad familiar MG.

**Conclusiones:** Las condiciones extralaborales que se asocian y explican los síntomas depresivos MG de las trabajadoras pueden modificarse con acciones que impacten en los determinantes sociales de la salud.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [mgarzon@ces.edu.co](mailto:mgarzon@ces.edu.co), [mgarzonduque@gmail.com](mailto:mgarzonduque@gmail.com) (M.O. Garzón-Duque).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.013>

0034-7450/© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Working and Non-Working Conditions Related to the Presence of Depressive Symptoms in Women Workers with Subsistence Jobs in the Centre of Medellín, 2015-2019

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Work  
Mental disorders  
Depression  
Epidemiology  
Public health

**Objective:** To determine the working and non-working conditions related to depressive symptoms in informal workers in the centre of Medellín in 2015-2019.

**Methods:** Cross-sectional study with analytical intention and primary sources of information. Data collection with assisted survey in one of its union headquarters in 2016, after a pilot test and standardisation of pollsters. A total of 291 women workers were taken as a census, and their working and non-working conditions were explored.

**Results:** The women had an average age of 45 years,  $\leq 5$  years of schooling, low and middle-income housing, and income below the 2016 minimum wage. About 60% suffered moderate-severe food insecurity, and received no state benefits. They were mainly the head of the family, with 1 or 2 dependents, and were responsible for the work at home. They worked at least 8 hours a day, 6 or 7 days a week, with parents or relatives selling in the street, and at least 20 years in their work. About 60% had a partner, 21.6% with family dysfunction, and 15.4% moderate-severe depressive symptoms. Living in one room or a slum, with a low socioeconomic status and moderate-severe family dysfunction were associated with, and contributed to the explanation of, moderate-severe depressive symptoms.

**Conclusions:** The non-working conditions that are associated with and explain the moderate-severe depressive symptoms of female workers can be modified with actions that impact on the social determinants of health.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El trabajo se define como el conjunto de actividades humanas de carácter productivo cuyo fin es prestar servicios, bienes o productos involucrando aspectos psicosociales como autonomía, identidad social y adquisición de conocimientos<sup>1</sup>. La organización Internacional del Trabajo (OIT) estableció 5 formas de trabajo: producción para autoconsumo, ocupación, formación no remunerada, voluntariado y otras actividades productivas<sup>2</sup>. Estas se agrupan en trabajo formal e informal, grupo este al que pertenece la población de interés del presente estudio.

El trabajo informal se define como «relación laboral en inconformidad con pago de impuestos y que carece de seguridad social»<sup>3</sup>; por su parte, según la Organización de Mujeres Trabajadoras Informales (WIEGO)<sup>4</sup>, se considera trabajo informal el que no cuenta con contrato escrito o no declara pago de pensión y salud, por lo cual se considera como característica relevante de este tipo de trabajo el incumplimiento de la legislación laboral, fiscal y de seguridad social<sup>3</sup>.

Hay un subgrupo del trabajo informal conocido como trabajo de subsistencia, al que se dedican trabajadores con empleo independiente, cuyo producto laboral constituye una fuente importante de subsistencia<sup>5</sup>; en él se encuentran incluidos los «venteros». Esta población de trabajadores de subsistencia se consideran, según la OIT<sup>6</sup> y el Ministerio de Salud de Colombia<sup>7</sup>, poblaciones laborales vulnerables por su bajo nivel de escolaridad, sus pocos recursos económicos y sus precarias relaciones con el sistemas de salud, además de condiciones laborales poco favorables y baja remuneración,

que finalmente llevan a explotación laboral, inseguridad alimentaria y económica y carencia de cobertura de salud<sup>8</sup>, lo que implica de una forma u otra la incapacidad de lidiar con enfermedades o situaciones que generen gran morbilidad o discapacidad, como trastornos depresivos, que son la principal causa de discapacidad en Colombia según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>9</sup>, o su incapacidad de prevenir, hacer frente y resistir situaciones adversas cotidianas, según Garzón et al.<sup>10</sup>.

La OPS caracteriza los trastornos depresivos por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o autoestima baja, alteraciones vegetativas, fatiga y falta de concentración que en su evolución llevan a deterioro del desempeño en el trabajo o la vida diaria<sup>11</sup>. Dentro de los factores predisponentes para trastornos depresivos se encuentran la pobreza, el desempleo o la inseguridad económica, acontecimientos vitales como muerte de seres queridos, afección física en contexto de enfermedad y el problema del consumo<sup>12</sup>; algunos de estos factores se hallan en las participantes del estudio<sup>10</sup>.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en 2019<sup>13</sup> la proporción de trabajadores informales en Colombia era del 47,2%, y el 48,2% de estos son mujeres en condición de vulnerabilidad al desempeñar trabajos de subsistencia, para quienes además es escasa la información sobre su salud mental, situación que dificulta más la configuración de su condición de vulnerabilidad socioambiental y laboral, así como el diseño y la implementación de acciones que les permitan prevenir, hacer frente y resistir a dificultades que afectan a su salud mental en la cotidianidad, particularmente para quienes hacen de las calles de Medellín su lugar de trabajo.

Por lo anterior, es importante determinar en estas trabajadoras las condiciones laborales y extralaborales que puedan relacionarse con los síntomas depresivos y, a partir de esto, proporcionar información para el desarrollo de políticas de salud que puedan aplicarse en programas de promoción y prevención.

## Métodos

### Diseño

Estudio transversal con intención analítica y fuentes primarias de información. El presente trabajo es subproducto del proyecto marco de tesis doctoral «Condiciones ambientales, laborales sociales, demográficas, económicos y de salud que configura la condición de vulnerabilidad laboral de un grupo de trabajadores informales, venteros, del centro de Medellín 2015-2019». Después de realizar una prueba piloto, en 2016, previa toma del consentimiento informado, se aplicó una encuesta asistida a trabajadores en una de sus sedes gremiales. Se incluyó a quienes tenían al menos 5 años en su oficio y edad  $\geq 18$  años y conocieran el estudio. No se excluyó a participantes por criterios establecidos. Se incluyó en el censo a 291 mujeres participantes, se exploró la presencia de síntomas depresivos como evento de interés, y como variables independientes se tuvieron en cuenta condiciones sociodemográficas, familiares, laborales y extralaborales.

Se controló sesgo de selección, tomando por censo a todas las «venteras» de asociaciones de trabajadores informales participantes; para el sesgo de información con estandarización de investigadores y una profesional en salud pública, se utilizó un instrumento validado de forma y de contenido con los líderes de los trabajadores, y los trabajadores participantes en el estudio.

Se cribó por síntomas depresivos con el test de Zung, validado internacionalmente por la OMS<sup>14</sup> y en Colombia<sup>15</sup> para adultos. El test está conformado por 20 ítems que proporcionan un total entre 20 y 80 puntos; más síntomas depresivos cuanto más acerca de 80. Al recategorizar la suma de la puntuación total, la escala se lee así: Depresión ausente, 20-35; subclínica y variantes normales, 36-51; MG, 52-67, y grave, 68-80.

Se tomó como variable dependiente síntomas depresivos MG y las demás variables independientes se recategorizaron como dicotómicas y politómicas, dependiendo de la información obtenida en análisis exploratorios, y del conocimiento de la investigadora principal y sus coinvestigadores sobre la población por parte.

### Análisis de datos

Se realizó análisis descriptivo, teniendo en cuenta el nivel de medición de cada variable y su naturaleza. Para análisis bivariado, todas las variables cuantitativas fueron recategorizadas como dicotómicas y politómicas. Se calculó la prueba estadística de la  $\chi^2$  de asociación, acompañada de la razón de prevalencia (RP) como medida epidemiológica, para identificar la fuerza de asociación entre presencia de síntomas

depresivos y demás características y condiciones del estudio, con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística múltiple binaria con fines explicativos, para identificar los factores que más aportan a los síntomas depresivos, incluyendo todas las características y las condiciones que se asociaron de manera significativa con los síntomas depresivos MG o que presentaron en la prueba de Hosmer-Lemeshow valores de  $p < 0,25$ . Todas las pruebas se calcularon con fiabilidad del 95% y un error del 5%. Los cálculos y gráficos se realizaron con los paquetes SPSS21 con licencia de la Universidad CES, Epidat3.1, y los programas Excel y Word.

El proyecto del que se deriva este subproducto fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación en Seres Humanos (acta N.º 84 del 24 de septiembre de 2015) y fue un proyecto clasificado como de riesgo mínimo.

## Resultados

### Condiciones sociodemográficas y económicas de las trabajadoras

El promedio de edad fue  $48,35 \pm 12,05$  años; la mayoría tenía pareja y alrededor del 60,0%, una escolaridad  $\leq 5$  años; 1/4 habitaba viviendas de estrato socioeconómico bajo y más de la mitad percibía ingresos mensuales  $\leq 500.000$  pesos colombianos. El 85,0% de las trabajadoras eran madres cabeza de familia, y alrededor del 41,0% tenía bajo su responsabilidad a más de 2 personas, y aunque casi en su totalidad estaban afiliadas al subsistema de salud, su régimen de afiliación era principalmente subsidiado (82,9%) (tabla 1).

Al explorar en las trabajadoras la inseguridad alimentaria que experimentaban en sus hogares, alrededor del 62,0% consideró que sus hogares estaban en condiciones de inseguridad alimentaria MG. Esta situación estaba acompañada de una prevalencia de disfuncionalidad familiar grave en los hogares de las trabajadoras, cercana al 27,0%.

### Condiciones familiares y de vivienda de las «venteras»

Alrededor del 40,0% tenía conformadas familias monoparentales o unipersonales y más del 80,0% debía hacerse cargo de niños, adultos mayores o personas con necesidades de cuidados especiales (discapacitados). La mitad de las trabajadoras compartían sus actividades como «ventera» con labores del hogar.

Alrededor del 43,0% manifestó haber tenido que faltar alguna vez al trabajo por no tener quién cuidara de sus hijos. Más del 62,0% refirió que en algún momento debió llevar a sus hijos al puesto de trabajo por no tener quién los cuidara, y 1 de cada 4 había pensado alguna vez abandonar sus labores por las complicaciones que se le generaban en el hogar.

Con respecto a la tenencia de la vivienda, menos del 40,0% manifestó tener vivienda propia, y más del 10,0% de las «venteras» vivían en cuarto, inquilinato o un lugar distinto de una casa o un apartamento.

**Tabla 1 – Distribución de frecuencias y porcentajes de las condiciones sociodemográficas, familiares, laborales y extralaborales y síntomas emocionales explorados en el estudio (N = 291)**

Variables	n	%	Variables	n	%
<i>Edad (años)</i>			<i>Tipo de venta</i>		
18-44	124	42,6	Ambulante-semiestacionario	245	84,1
≥ 45	167	57,3	Estacionario	46	15,8
<i>Estado civil</i>			<i>Tipología de venta</i>		
Sin pareja	117	40,2	Mercancía y cacharro	180	61,8
Con pareja	174	59,7	Cosecha y perecederos	111	38,1
<i>Escolaridad</i>			<i>Horas laborales diarias</i>		
≤ 5 años	173	59,4	≤ 8	74	25,4
> 5 años	118	40,5	> 8	217	74,5
<i>Estrato</i>			<i>Días de trabajo semanal</i>		
Bajo-bajo y bajo	220	75,6	≤ 5	10	5,23
Medio-bajo y medio	71	24,3	6 y 7	281	94,7
<i>Ingreso mensual (pesos colombianos)</i>			<i>Antigüedad en oficio (años)</i>		
≤ 500.000	161	55,3	≥ 20	120	41,2
> 500.000	130	44,6	< 20	171	58,7
<i>Subsidio del Estado (n = 183)</i>			<i>Antigüedad en sector (años)</i>		
Sí	34	18,5	≤ 5	40	13,7
No	149	81,4	> 5	251	86,2
<i>Personas a su cargo</i>			<i>Permiso para uso de espacio público</i>		
> 2	120	41,2	Sí	166	58
≤ 2	171	58,7	No	125	42,9
<i>Cabeza de familia</i>			<i>Oficio anterior</i>		
Sí	249	85,5	Sí	67	23
No	42	14,4	Otros (agricultora, ama de casa)	224	76,9
<i>Afiliación al sistema de salud</i>			<i>Trabajo como soporte social y emocional (n = 231)</i>		
Sí	279	95,8	No	18	7,7
No	12	4,12	Sí	213	92,2
<i>Tipo de afiliación al sistema de salud</i>			<i>Mayor esfuerzo laboral que compañeros (n = 288)</i>		
Subsidiado	233	82,9	Sí	148	51,3
Contributivo u otro	48	17,08	No	140	48,6
<i>Tenencia de vivienda</i>			<i>Igualdad laboral hombre-mujer (n = 288)</i>		
No propia	179	61,5	No	111	38,5
Propia	112	38,4	Sí	177	61,4
<i>Tipología de familia</i>			<i>Respeto por compañeros (n = 287)</i>		
Monoparental-unipersonal	112	38,4	No	38	13,24
Otro tipo	179	61,5	Sí	249	86,7
<i>Padres o parientes venteros</i>			<i>Apoyo de los compañeros (n = 287)</i>		
Sí	169	58,6	No	71	24,7
No	119	41,3	Sí	216	75,2
<i>Niños, ancianos o discapacitados a cargo (n = 245)</i>			<i>Discriminación por compañeros (n = 288)</i>		
Sí	216	88,1	Sí	75	26,04
No	29	11,8	No	213	73,9
<i>Hijos en puesto de trabajo (n = 185)</i>			<i>Discriminadas por autoridad (n = 288)</i>		
Sí	115	62,1	Sí	164	56,9
No	70	37,8	No	124	43,05
<i>Inasistencia laboral por cuidado de hijos (n = 182)</i>			<i>Apoyo de la asociación a la que pertenece</i>		
Sí	78	42,8	Muy bueno, bueno	263	90,3
No	104	57,1	Regular, malo, muy malo	28	9,62

Tabla 1 – (continuación)

Variables	n	%	Variables	n	%
<i>Pensó abandonar el oficio por complicaciones en el hogar (n = 287)</i>			<i>Uso de sustancias químicas para trabajar</i>		
Sí	70	24,3	Sí	21	7,21
No	217	75,6	No	270	92,78
<i>Inseguridad alimentaria</i>			<i>Morbilidad percibida-contaminación por ruido</i>		
Moderada-grave	179	61,7	Sí	118	40,5
Seguridad e inseguridad leve	111	38,2	No	173	59,4
<i>Síntomas depresivos</i>			<i>Contaminación por ruido afecta a su labor</i>		
Moderados-graves	45	15,5	Sí	205	70,4
Ausentes-subclínicos	246	84,5	No	86	29,5
<i>Ha querido causarse daño o dolor</i>			<i>Espacio suficiente para moverse</i>		
Nunca	271	93,4	Sí	259	89,0
A veces	14	4,8	No	32	10,9
Muchas veces	4	1,40	<i>Estabilidad para trabajar</i>		
Siempre	1	0,30	Muy buena, buena	214	73,5
<i>Siente que se quiere morir</i>			Regular, mala, muy mala	77	26,4
Nunca	262	90,0	<i>Disfuncionalidad familiar</i>		
A veces	20	6,9	Moderada-grave	63	21,64
Muchas veces	7	2,4	Leve y sin disfunción	228	78,35
Siempre	1	0,3			

### Condiciones laborales y ambientales y morbilidad percibida que reportan las trabajadoras

Con respecto a los días de trabajo por semana, el 95% manifestó que laboraba entre 6 y 7 días, y 3 de cada 4, más de 8 h/día. Más del 80% hacía venta ambulante o semiestacionaria (solo ubican el puesto de trabajo en el espacio público durante su jornada laboral) principalmente de mercancía y cacharro. Alrededor del 77,0% de las trabajadoras, antes de ser «venteras», habían sido agricultoras y amas de casa (tabla 1).

Con respecto a la antigüedad en su oficio, más del 41% llevaba más de 20 años como «venera», pero el 43% no contaba con permiso para trabajar en espacio público. Más de la mitad de las «venteras» consideraban que debían realizar mayores esfuerzos que sus compañeros en el trabajo, aunque el 61,4% de las trabajadoras consideraban que el trabajo en la calle era igual para hombres y mujeres.

Más del 90,0% consideraba que el trabajo era su soporte económico, social y emocional. No obstante ello, el 13% sentía que sus compañeros no las respetaban, alrededor del 25,0% no sentía el apoyo de ellos, el 25% se sentían discriminadas por sus compañeros y alrededor del 60,0%, por las autoridades.

También se identificó que alrededor del 60,0% de las trabajadoras tenían en el momento de la encuesta o habían tenido padres o parientes «venteros», lo que lleva a considerar que para ellas su oficio no necesariamente es temporal y es más una actividad hereditaria.

Con respecto a los factores de riesgo laboral, alrededor del 90,0% consideraba que tenía espacio suficiente para moverse, el 70% percibía un ruido tan fuerte en su puesto de venta que sentía la necesidad de gritar para comunicarse con sus compañeros, más del 26% consideró que su estabilidad para

trabajar era regular, mala o muy mala, aunque en general, se sentían satisfechas con el apoyo que recibían de la asociación de trabajadores a la que pertenecían.

Con respecto a su morbilidad percibida, se identificó que más del 40,0% de las trabajadoras percibía morbilidad derivada de la contaminación por ruido, y más del 7,0% manifestó que usaba sustancias químicas en su lugar de trabajo. En lo que tiene que ver con los síntomas depresivos, fueron MG para el 15,46% de las venteras (45). Finalmente, cuando se les preguntó acerca de si alguna vez habían querido causarse daño o dolor o si habían sentido deseos de morir, el 5,5% respondió afirmativamente al primer interrogante y el 2,7%, al segundo.

### Características sociodemográficas y económicas asociadas con los síntomas depresivos de las trabajadoras

Se identificó una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre el estrato socioeconómico de la vivienda de las trabajadoras y su percepción de síntomas depresivos MG: las que habitaban viviendas clasificadas con estrato socioeconómico medio y bajo-medio percibían un 88,0% más prevalencia de síntomas depresivos MG (RP = 1,88; IC95%, 1,10-3,23). También se observó que cuantos menos años de escolaridad, mayor prevalencia de síntomas depresivos MG (RP = 1,36) (tabla 2).

Se identificó mayor prevalencia de síntomas depresivos MG en quienes habitaban en cuarto, inquilinato u otro tipo de vivienda, y esta mayor prevalencia fue un 88% mayor que en quienes habitaban casa o apartamento. Estos síntomas también fueron un 21,0% más en las trabajadoras con ingresos mensuales  $\leq 500.000$  pesos colombianos, y según el tipo de afiliación al subsistema de salud, los síntomas depresivos MG

**Tabla 2 – Características sociodemográficas y económicas asociadas con los síntomas depresivos de las trabajadoras informales «venteras» del centro de Medellín (n = 291)**

Características	Síntomas depresivos				Total		$\chi^2$ (p)	RP (IC95%)
	Moderados-graves		Subclínicos-ausentes		n	%		
	n	%	n	%				
<i>Edad</i>								
18-44 años	18	14,5	106	85,5	124	42,6	0,148 (0,700)	0,89 (0,52-1,55)
≥ 45 años	27	16,2	140	83,8	167	57,3		1,0
<i>Estado civil</i>								
Sin pareja	18	15,4	99	84,6	117	40,2	0,000 (0,975)	0,99 (0,57-1,71)
Con pareja	27	15,5	147	84,5	174	59,7		1,0
<i>Escolaridad</i>								
≤ 5 años	30	17,3	143	82,7	173	59,4	1,150 (0,283)	1,36 (0,77-2,42)
> 5 años	15	12,7	103	87,3	118	40,5		1,0
<i>Estrato socioeconómico de la vivienda de la trabajadora</i>								
Medio, bajo-medio	17	23,9	54	76,1	71	24,3	5,16 (0,023)	1,88 (1,10-3,23)
Bajo, bajo-bajo	28	12,7	192	87,3	220	75,6		1,0
<i>Tipo de vivienda que ocupa</i>								
Cuarto, inquilinato, otro	8	26,7	22	73,3	30	10,3	3,211 (0,073)	1,88 (0,96-3,65)
Casa, apartamento	37	14,2	224	85,8	261	89,6		1,0
<i>Ingresos mensuales (pesos colombianos)</i>								
≤ 500.000	27	16,8	134	83,2	161	55,3	0,470 (0,493)	1,21 (0,70-2,10)
> 500.000	18	13,8	112	86,2	130	44,6		1,0
<i>Recibe algún subsidio del Estado</i>								
Sí	5	14,7	29	85,3	34	18,5	<0,001 (0,993)	0,99 (0,41-2,44)
No	22	14,8	127	85,2	149	81,4		1,0
<i>Cabeza de familia</i>								
Sí	37	14,9	212	85,1	249	85,5	0,482 (0,487)	0,78 (0,39-1,56)
No	8	19	34	81,0	42	14,4		1,0
<i>Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud</i>								
Sí	44	15,8	235	84,2	279	95,8	0,486 (0,485)	1,89 (0,28-12,60)
No	1	8,3	11	91,7	12	4,12		1,0
<i>Tipo de afiliación</i>								
Subsidiado	38	16,3	195	83,7	233	82,9	0,437 (0,508)	1,31 (0,58-2,91)
Contributivo	6	13,3	42	86,7	48	17,1		1,0

p < 0,05 indica una asociación estadísticamente significativa.

fueron mayores (RP = 1,31) en quienes manifestaron estar afiliadas al régimen subsidiado (tabla 2).

#### Características familiares, de responsabilidades en el hogar y de la vivienda asociadas con los síntomas depresivos de las trabajadoras

Solo se identificó una asociación estadísticamente significativa (p < 0,05) entre los síntomas depresivos MG y la disfuncionalidad familiar grave que registraban las trabajadoras, mayor en las trabajadoras que manifestaron tener disfuncionalidad familiar grave (RP = 1,81; IC95%, 1,04;3,15) (tabla 3).

Aunque no fueron asociaciones estadísticamente significativas, se identificó mayor prevalencia de síntomas depresivos MG (31,0%) en trabajadoras que tenían niños, adultos mayores o personas con necesidad de cuidados especiales bajo su responsabilidad (discapacitados). Por su parte, fueron menores las prevalencias de síntomas depresivos MG en trabajadoras

que habían tenido que llevar a sus hijos al puesto (39,0%) y las que habían pensado abandonar su labor por las complicaciones que tenía ser ama de casa y ventera (29,0%). También fueron menores los síntomas de las trabajadoras que tenían conformadas familias monoparentales (22,0%) o habían dejado de ir a trabajar en algún momento por no tener quién les cuidara los hijos (17,0%).

#### Características laborales asociadas con la percepción de síntomas depresivos en las trabajadoras

Se observó que quienes tenían jornadas de trabajo > 8 h/día presentaban una prevalencia de síntomas depresivos MG un 36,0% mayor, también un 27,0% mayor en quienes no tenían permiso para trabajar en el espacio público (tabla 4).

De otro lado, se identificó una asociación estadísticamente significativa (p < 0,05) entre los síntomas depresivos MG y considerar que tenían suficiente espacio para moverse en su

**Tabla 3 – Características familiares, de responsabilidades en el hogar y de la vivienda asociadas con los síntomas depresivos de las «venteras» del centro de Medellín (n = 291)**

Condición o característica	Síntomas depresivos				Total		$\chi^2$ (p)	RP (IC95%)
	Moderados-graves		Subclínicos-ausentes		n	%		
	n	%	n	%				
<i>Tipología de familia</i>								
Monoparental	16	14,3	96	85,7	112	38,4	0,193 (0,660)	0,88 (0,50-1,55)
Unipersonal, otra	29	16,2	150	83,8	179	61,5		1,0
<i>Tenencia de vivienda</i>								
Sí	28	15,6	151	84,4	179	61,5	0,011 (0,915)	1,03 (0,59-1,79)
No	17	15,2	95	84,8	112	38,4		1,0
<i>Personas económicamente a cargo</i>								
> 2	18	15,0	102	85,0	120	41,2	0,033 (0,854)	0,95 (0,55-1,64)
≤ 2	27	15,8	144	84,2	171	58,7		1,0
<i>Padres o parientes venteros (n = 288)</i>								
Sí	25	14,8	144	85,2	169	58,6	0,006 (0,937)	0,97 (0,56-1,71)
No	18	15,1	101	84,9	119	41,3		1,0
<i>Niños, ancianos o discapacitados a cargo (n = 245)</i>								
Sí	34	15,7	182	84,3	216	88,1	0,039 (0,842)	1,31 (0,43-3,96)
No	3	10,3	26	89,7	29	11,8		1,0
<i>Hijos en el puesto de trabajo (n = 185)</i>								
Sí	14	12,2	101	87,8	115	62,1	2,074 (0,149)	0,61 (0,31-1,20)
No	14	20,0	56	80,0	70	37,8		1,0
<i>Tiempo de labores combinadas (hogar y como ventera en las calles)</i>								
> 10 años	38	15,7	204	84,3	242	83,1	0,062 (0,802)	1,09 (0,52-2,32)
≤ 10 años	7	14,3	42	85,7	49	16,8		1,0
<i>Dejar de ir a trabajar por no tener quién cuide a sus hijos (n = 182)</i>								
Sí	10	12,8	68	87,2	78	42,8	0,239 (0,624)	0,83 (0,40-1,73)
No	16	15,4	88	84,6	104	57,1		1,0
<i>Pensamiento de abandonar su labor por complicaciones en el hogar (n = 287)</i>								
Sí	8	11,4	62	88,6	70	24,3	0,918 (0,338)	0,71 (0,34-1,45)
No	35	16,1	182	83,9	217	75,6		1,0
<i>Inseguridad alimentaria, ELCSA</i>								
Moderada-grave	15	14,4	89	85,6	104	35,7	0,134 (0,714)	0,90 (0,51-1,59)
Seguridad e inseguridad leve	30	16,0	157	84,0	187	64,26		1,0
<i>Disfuncionalidad familiar, APGAR</i>								
Grave	15	23,8	48	76,2	63	21,64	4,284 (0,038)	1,81 (1,04-3,15)
Leve, moderada, funcional	30	13,2	198	86,8	228	78,35		1,0

p < 0,05 indica asociación estadísticamente significativa.

puesto de trabajo, 4,44 veces mayor que en las trabajadoras que no lo consideraban de esta forma.

También fue mayor la prevalencia de síntomas depresivos MG en quienes sentían que su estabilidad para trabajar era muy buena o buena (44,0%), las que consideraban que sus compañeros no las trataban con respecto (50,0%) y las que no sentían su apoyo (32,0%). Llama la atención que quienes sentían que su trabajo les servía de soporte emocional presentaban una prevalencia de síntomas depresivos MG un 42,0% mayor.

De otro lado, llama la atención que quienes consideraron hacer un esfuerzo mayor que sus compañeros para trabajar presentaban un 38,0% menos síntomas depresivos MG que

quienes manifestaron no sentirlo así. También fueron menores síntomas depresivos en las trabajadoras que se sentían discriminadas por sus compañeros (35,0%) y las que consideraban que la contaminación por ruido afectaba a su labor (31,0%).

#### **Características laborales y extralaborales que aportan a la explicación de los síntomas depresivos MG de las trabajadoras informales «venteras» participantes en el estudio**

Al ajustar las condiciones laborales y extralaborales que cumplieron con el criterio de Hosmer-Leshmeshow en los análisis

**Tabla 4 – Características laborales asociadas con los síntomas depresivos de las trabajadoras informales «venteras» del centro de Medellín (n = 291)**

Característica o condición	Síntomas depresivos				Total		$\chi^2$ (p)	RP (IC95%)
	Moderados-graves		Subclínicos-ausentes		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Tipo de venta</b>								
Ambulante-semiestacionaria	37	15,1	208	84,9	245	84,1	0,155 (0,693)	0,87 (0,43-1,74)
Estacionaria	8	17,4	38	82,6	46	15,8		1,0
<b>Tipología de venta</b>								
Mercancía y cacharro	28	15,6	152	84,4	180	61,8	0,003 (0,956)	1,01 (0,58-1,77)
Otras tipologías	17	15,3	94	84,7	111	38,1		1,0
<b>Horas laborales diarias</b>								
> 8	36	16,6	181	83,4	217	74,5	0,827 (0,363)	1,36 (0,69-2,69)
≤ 8	9	12,2	65	87,8	74	25,4		1,0
<b>Días de trabajo semanal</b>								
6 y 7	43	15,3	238	84,7	281	94,7	0,001 (0,967)	0,76 (0,21-2,72)
≤ 5	2	20,0	8	80,0	10	5,23		1,0
<b>Antigüedad en el oficio (años)</b>								
< 20	27	15,8	144	84,2	171	58,7	0,033 (0,854)	1,05 (0,61-1,82)
≥ 20	18	15,0	102	85,0	120	41,2		1,0
<b>Antigüedad en el sector (años)</b>								
≤ 5	5	12,5	35	87,5	40	13,7	0,311 (0,576)	0,78 (0,33-1,87)
> 5	40	15,9	211	84,7	251	86,2		1,0
<b>Permiso de uso de espacio público</b>								
No	22	17,6	103	82,4	125	42,9	0,764 (0,381)	1,27 (0,74-2,17)
Sí	23	13,9	143	86,1	166	57,0		1,0
<b>Oficio anterior</b>								
Solo ha sido ventera	9	13,4	58	86,6	67	23,0	0,274 (0,600)	0,83 (0,42-1,64)
Otros oficios	36	16,1	188	83,9	224	76,9		1,0
<b>Mayor esfuerzo laboral que compañeros varones (n = 288)</b>								
Sí	17	11,5	131	88,5	148	51,3	2,84 (0,091)	0,62 (0,35-1,09)
No	26	18,6	114	81,4	140	48,6		1,0
<b>Igualdad laboral hombre-mujer (n = 288)</b>								
No	17	15,3	94	84,7	111	38,5	0,021 (0,884)	1,04 (0,59-1,83)
Sí	26	14,7	151	85,3	177	61,4		1,0
<b>Respeto de los compañeros (n = 287)</b>								
No	8	21,1	30	78,9	38	13,2	1,266 (0,263)	1,50 (0,75-2,98)
Sí	35	14,1	214	85,9	249	86,7		1,0
<b>Apoyo de los compañeros (n = 287)</b>								
No	13	18,3	58	81,7	71	24,7	0,819 (0,365)	1,32 (0,73-2,38)
Sí	30	13,9	186	86,1	216	75,2		1,0
<b>Se siente discriminada por sus compañeros (n = 288)</b>								
Sí	8	10,7	67	89,3	75	26,0	1,451 (0,228)	0,65 (0,31-1,33)
No	35	16,4	178	83,6	213	73,9		1,0
<b>Discriminación de las autoridades (n = 288)</b>								
Sí	24	14,6	140	85,4	164	56,9	0,026 (0,871)	0,95 (0,55-1,66)
No	19	15,3	105	84,7	124	43,0		1,0
<b>Trabajo como soporte social y emocional (n = 231)</b>								
Sí	43	15,8	230	84,2	213	92,2	0,036 (0,848)	1,42 (0,32-5,39)
No	2	11,1	16	88,9	18	7,7		1,0
<b>Espacio suficiente para moverse</b>								
Sí	44	17,0	215	83,0	259	89,0	3,19 (0,074)	5,44 (0,77-38,13)
No	1	3,1	31	96,9	32	10,99		1,0



Tabla 4 – (continuación)

Característica o condición	Síntomas depresivos				Total		$\chi^2$ (p)	RP (IC95%)
	Moderados-graves		Subclínicos-ausentes		n	%		
	n	%	n	%				
<i>Uso de sustancias químicas para trabajar</i>								
Sí	3	14,3	18	85,7	21	7,21	0,024 (0,660)	0,92 (0,31-2,71)
No	42	15,6	228	84,4	270	92,8		1,0
<i>Morbilidad percibida derivada de contaminación acústica</i>								
Sí	20	16,9	98	83,1	118	40,5	0,334 (0,562)	1,17 (0,68-2,01)
No	25	14,5	148	85,5	173	59,4		1,0
<i>Contaminación por ruido afecta a su labor</i>								
Sí	28	13,7	177	86,3	205	70,4	1,729 (0,188)	0,69 (0,40-1,19)
No	17	19,8	69	80,2	86	29,5		1,0
<i>Estabilidad en el trabajo</i>								
Muy buena, buena	36	16,8	178	83,2	214	73,5	1,141 (0,285)	1,44 (0,73-2,85)
Regular, mala, muy mala	9	11,7	68	88,3	77	26,4		1,0
<i>Apoyo de la asociación</i>								
Muy buena, buena	41	15,6	222	84,4	263	90,3	0,008 (0,557)	1,09 (0,24-2,82)
Regular, mala, muy mala	4	14,3	24	85,7	28	9,62		1,0

bivariados ( $p < 0,25$ ) (tabla 5), con el fin de identificar cuál o cuáles de estas características o factores aportaban a la explicación de una mayor prevalencia de síntomas depresivos MG, no se identificaron condiciones que aportaran de manera significativa a esta explicación, pero se observó en general que las condiciones laborales aportaban a una menor prevalencia, en tanto que las condiciones extralaborales aportaban a explicar una mayor prevalencia de síntomas depresivos MG, a excepción de haber tenido que llevar a los hijos al lugar de trabajo

Fue así como aportó a la explicación del 45,5% menos prevalencia de síntomas depresivos MG el considerar que realizaban mayores esfuerzos en su trabajo que sus compañeros venteros. También, fue un 55,0% menor para quienes consideraban que sus compañeros las discriminaban y un 58,0% menor en las trabajadoras que consideraban que la contaminación por ruido afectaba a su labor, esto considerando que las demás variables incluidas en el análisis multivariado permanecían constantes.

Con respecto a las condiciones laborales, es importante resaltar que se observó un cambio en la direccionalidad de una de las medidas de asociación con respecto a los valores brutos, en los que se había identificado mayor prevalencia de síntomas depresivos en trabajadoras que consideraban tener espacio suficiente para moverse, pasando de 4,44 veces mayor a comportarse como un valor asociado con menor prevalencia (tabla 5).

En lo que tiene que ver con las condiciones extralaborales, todas las condiciones incluidas conservaron la direccionalidad que traían del análisis bivariado, pero también se observó una pérdida de significación estadística para el estrato socioeconómico, que pasó de una prevalencia de síntomas depresivos MG en quienes vivían en estrato socioeconómico medio y bajo-medio un 88,0% mayor a un 68,0% mayor al ajustar por las demás condiciones extralaborales (RPC=1,88; IC95%, 1,10-3,23; RPA=1,68), incluidas en el análisis.

Se observó un aumento de la fuerza de asociación para el tipo de vivienda, pasando de una prevalencia de síntomas depresivos MG 0,88 veces mayor en quienes vivían en cuarto o inquilinato a 1,15 veces mayor al ajustar por las demás condiciones extralaborales incluidas en el análisis.

Finalmente se identificó pérdida de significación estadística y disminución de la fuerza de asociación para la disfuncionalidad familiar, que pasó de una prevalencia de síntomas depresivos Mg un 81,0% mayor en quienes tenían disfuncionalidad grave a un 71,0% mayor al ajustar por las demás condiciones extralaborales.

## Discusión

Los trastornos mentales son resultado de alteraciones multifactoriales que actúan en relación de sinergia; de estos, se destaca la depresión, que además es un problema de salud pública mundial tanto por su prevalencia como por la discapacidad que causa, además de sus frecuentes comorbilidad, disfunción y alto costo<sup>16</sup>.

La depresión es más prevalente en mujeres, y alcanza hasta el doble de casos que en los varones<sup>17</sup> de la población general, situación que puede ir ligada a mecanismos hormonales y situaciones o eventos estresantes a los que las mujeres se exponen (ser madres cabeza de familia, brecha salarial, abuso de género o sexual).

El promedio de edad de las participantes fue  $48,35 \pm 12,05$  años. Según la OMS, la depresión se puede manifestar en cualquier momento en la vida<sup>18</sup>, pero es más probable que se presente en mediana edad, ya que esta etapa es un periodo especialmente vulnerable para las mujeres, en tanto estos trastornos son menores en las mujeres de 65 o más años<sup>19</sup>. El 15,46% de las trabajadoras presentaban síntomas depresivos MG y menos del 3,0% dijo haber sentido el deseo de hacerse daño o querer morir, y aunque un individuo puede manifestar estos deseos y tener factores protectores que hagan que no llegue hasta allí, se debe explorar el diagnóstico y

**Tabla 5 – Condiciones laborales y extralaborales que aportan a la explicación de la sintomatología depresiva en “venteras”. Medellín 2015-2019. N = 291**

Condiciones laborales	RPC	IC95%	RPA	IC95%		
Más esfuerzo laboral que sus compañeros	0,62	0,35	1,09	0,55	0,23	1,31
Discriminación de los compañeros	0,65	0,31	1,33	0,45	0,14	1,43
Espacio suficiente para moverse: no	5,44	0,67	38,12	0,00	0,00	-
Contaminación por ruido afecta a su labor	0,69	0,40	1,19	0,42	0,17	1,01
<b>Condiciones extralaborales</b>						
Estrato socioeconómico medio, bajo-medio	1,88	1,10	3,23	1,68	0,66	4,25
Tipo de vivienda cuarto, inquilinato	1,88	0,66	3,65	2,15	0,64	7,23
Hijos en puesto de trabajo: sí	0,61	0,31	1,20	0,46	0,20	1,09
Disfuncionalidad familiar grave	1,81	1,04	3,15	1,71	0,68	4,43

el tratamiento<sup>20</sup>. Aunque esta variable no se exploró en este estudio, se recomienda tenerla en cuenta para exploraciones posteriores con trabajadoras del sector informal.

El 59% de las trabajadoras tenían pareja, hallazgo que concuerda con que los lazos sociales son beneficiosos en el mantenimiento del bienestar psicológico y un factor importante para prevenir o combatir los síntomas depresivos<sup>21</sup>. De otro lado, el bajo nivel de escolaridad de las trabajadoras se asoció con mayor prevalencia de síntomas depresivos MG. Con respecto a esto, la literatura reporta que tener algún grado de escolaridad puede disminuir la probabilidad de un estado depresivo<sup>22</sup>, aunque también se ha observado aumento del riesgo de suicidio<sup>23</sup>.

También fueron mayores los síntomas depresivos MG en quienes habitaban viviendas de estrato medio y bajo-medio o percibían ingresos mensuales <500.000 pesos colombianos y las trabajadoras que eran madres cabeza de familia (85,0%) y tenían bajo su responsabilidad al menos a 2 personas (58,0%). Lo anterior expone que la mayoría de las participantes en el estudio ganan menos del valor del salario mínimo mensual en Colombia, el cual era en 2016 de 689.455 pesos colombianos<sup>24</sup>, y estos ingresos, al lado de su rol de cabeza de familia, pueden ser insuficientes para el sustento.

Aunque el 95,8% estaban afiliadas al sistema de salud y un 82,9% lo estaba vía régimen subsidiado, esta condición se asoció con mayor prevalencia de síntomas depresivos MG. Con respecto a este tema, en Colombia<sup>25</sup> se ha evidenciado que el acceso y la utilización de los servicios de salud en el régimen subsidiado presenta mayores dificultades, lo cual a su vez puede influir negativamente en las condiciones de salud física y mental de las mujeres trabajadoras.

El 61,70% de las participantes tenía inseguridad alimentaria MG en sus hogares, y esta condición es un factor que influye negativamente en la salud mental de estas trabajadoras, dado que la falta de alimentación puede aumentar el riesgo de tener mala salud y sufrir enfermedades crónicas y otros efectos negativos, como las enfermedades mentales como la depresión y estrés<sup>26</sup>.

#### **Condiciones familiares y de vivienda de las trabajadoras «venteras»**

Alrededor del 60,0% de estas trabajadoras tenían pareja, un factor potencialmente favorable, dado que la conformación de familias nucleares, extensas y compuestas, de al menos 3 personas, puede relacionarse con la red de apoyo y la importancia

que las personas dan a sus familias, condición importante a la hora de tomar decisiones que influyen en su salud mental.

El 88,1% de las trabajadoras tenían niños, ancianos o discapacitados a su cargo. En cuanto a la atención de personas mayores, se ha evidenciado que podría influir activamente en la salud mental de los cuidadores, ya que estos se sienten responsables de los adultos mayores en su totalidad, en mayor o menor intensidad según las comorbilidades y/o el nivel de funcionalidad del adulto mayor<sup>27</sup>, resultados similares a los de Yo Kawachi et al.<sup>21</sup>, que las conexiones sociales (entendidas como supuesta red de apoyo) pueden paradójicamente aumentar los síntomas de enfermedades mentales de las mujeres con bajos recursos, especialmente si tales conexiones conllevan una tensión de rol asociada con obligaciones de proporcionar apoyo social a los demás<sup>21</sup>, como ser cuidador de un niño o, aún más, una persona discapacitada.

La mitad de las trabajadoras compartían labores del hogar y el 81,0% dedicaba al menos 4 h/día a estas labores. El artículo «Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora», Blanco et al., expone que las mujeres que trabajan fuera del hogar perciben beneficios tanto materiales como psicológicos que redundan en su desarrollo profesional y personal. Pero cuando a la mujer se le agregan responsabilidades familiares, estas pueden representar una alta exigencia que puede influir en sus condiciones de salud y el bienestar general<sup>28</sup>, como quedó reflejado en el estudio, donde más del 40,0% de las trabajadoras manifestaron haber tenido que faltar al trabajo alguna vez por no tener quién cuidara a sus hijos, y el 62,1% refirió que en algún momento llevó a sus hijos al puesto de trabajo por no tener quién los cuidara (situación que se asoció con más síntomas depresivos MG), y un 24,3% pensó alguna vez abandonar sus labores por las complicaciones que les generaba en el hogar.

Aunque más del 38,0% de las trabajadoras tenían vivienda propia, el 10,3% vivía en cuarto, inquilinato o vivienda distinta de una casa o un apartamento, y esta condición se asoció con una mayor prevalencia (88%) de síntomas depresivos MG. Esto podría estar relacionado con la posibilidad económica de las trabajadoras, pues un bajo ingreso económico a veces no supe necesidades básicas, lo que afecta a su estabilidad mental.

El 26,6% de las participantes consideraron que la disfuncionalidad familiar que vivían en sus hogares era grave, y esta se asoció y explicó por una mayor prevalencia de síntomas depresivos MG, situación que concuerda con lo evidenciado acerca de la funcionalidad familiar, que tiene un papel importante en el desarrollo social y psicológico de los miembros que

constituyen el núcleo familiar; las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar pueden producir un desequilibrio en planos físicos o emocionales de los integrantes de la familia<sup>29</sup>, como quedó evidenciado con los síntomas depresivos de estas mujeres trabajadoras.

#### **Condiciones laborales y ambientales referidas por las «venteras»**

Estas trabajadoras, en general, laboraban 6-7 días/semana más de 8 h/día, en venta predominantemente ambulante o semies-tacionaria, y alrededor del 62,0% vendía mercancía y cacharro. En cuanto al tiempo diario invertido en trabajo, cuando este supera las horas laborales reguladas (8 h en Colombia), habrá disminución de las horas dedicadas a las demás actividades, y en el entendido de que estas trabajadoras también debían encargarse de las labores de sus hogares, hay una evidente disminución de tiempo dedicado al ocio. Situaciones que influyen en la salud tanto física como mental de las trabajadoras<sup>30</sup>.

Sus condiciones de trabajo en general eran frágiles; aunque más del 40,0% de ellas tenían más de 20 años en su oficio, un 42,9% de ellas no tenían permiso para trabajar en el espacio público, y esta es una situación que genera fragilidad mental en las trabajadoras, por la inestabilidad en su labor, situación que puede afectar a la tranquilidad del día a día de las trabajadoras, dado que su trabajo en gran parte depende de su posibilidad de hacer uso del espacio público.

Llama la atención que, en este estudio, el 51,3% de las mujeres consideraron que debían realizar un esfuerzo mayor que sus compañeros venteros, y esta situación se asoció con una mayor prevalencia de síntomas depresivos MG, aunque consideraron que el trabajo en la calle era igual para hombres y mujeres (61,4%). El mayor esfuerzo a la hora de ejercer su labor puede estar estrechamente relacionado con la brecha salarial entre sexos<sup>31</sup>, reportada como una diferencia significativamente menor en este tipo de mujeres trabajadoras<sup>32</sup>; además, se ha evidenciado que a menor ingreso salarial, mayor prevalencia de disfuncionalidad familiar<sup>33</sup>.

Para las trabajadoras participantes en el estudio, su labor era el soporte económico, social y emocional; según la OMS, el trabajo es beneficioso para la salud mental; un entorno laboral negativo puede causar problemas físicos y psíquicos<sup>34</sup>, y aunque este sea un factor beneficioso para las trabajadoras, que en general se sentían respetadas y apoyadas por sus compañeros, el 26,1% expresó sentirse discriminada por sus compañeros y presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos MG. Esto sin dejar de tener presente que su oficio podría considerarse como heredado, en el entendido de que alrededor del 60,9% de las trabajadoras tenían o habían tenido padres o parientes venteros.

Para estas trabajadoras, el ruido perturba su actividad laboral (70,4%), dado que sentían un ruido tan fuerte en su puesto de venta que tenían la necesidad de gritar para comunicarse con sus compañeros, y además, el 40,5% percibía morbilidad asociada con contaminación por ruido. Lo anterior es relevante, dado que el ruido puede aumentar el nivel de estrés o irritabilidad<sup>35</sup>. Un 7,21% de las participantes refirieron usar sustancias psicoactivas en su labor; se ha visto que el uso de estas es un factor perjudicial para el sistema nervioso central específicamente en producción y metabolismo de

neurotransmisores y son posibles desencadenantes de alteraciones mentales y/o perpetuadoras de alteraciones mentales preexistentes<sup>36</sup>.

#### **Limitaciones del estudio**

Cabe resaltar que los datos obtenidos después de realizar las encuestas son necesarios pero no suficientes para un diagnóstico, ya que el diagnóstico de trastorno depresivo mayor debe acompañarse de otros síntomas además del estado de ánimo triste, como alteraciones vegetativas, cambios en apetito e intensidad con que se presentan estos síntomas. Es por esto que a lo largo del estudio se usa el término «síntomas depresivos», y no se habla del diagnóstico como tal.

También se debe tener en cuenta que el diagnóstico de depresión cuenta con 3 procesos patológicos específicos que son los factores biológicos (genética), psicológicos (recursos de cada individuo para abordar una situación específica) y sociales; este estudio solo pretende evaluar variables referentes a lo social, por lo que se debería considerar los demás factores a la hora de otorgar algún diagnóstico en estudios posteriores con este tipo de trabajadoras.

#### **Conclusiones**

Aunque no de manera significativa, se asociaron con mayor prevalencia de síntomas depresivos vivir en un estrato socioeconómico medio y bajo-medio, vivir en cuarto o inquilinato y la disfuncionalidad familiar grave.

En el presente estudio, se manifiesta que características propias de cada trabajadora participante podrían influir en su salud mental; necesitan recibir orientación y apoyo de profesionales de la salud a través de psicoeducación con el fin de impactar en la salud de las «venteras». Se propone para estudios futuros ahondar más en los síntomas depresivos con el fin de alcanzar un diagnóstico clínico y ofrecer el mejor tratamiento.

#### **Financiación**

Para la ejecución del sub proyecto derivado de la tesis doctoral del que se genera este artículo, denominado "Condiciones socio ambientales, laborales y de salud de un grupo de trabajadores informales venteros del centro de Medellín. 2016-2017" se recibieron recursos para apoyar la recolección de datos de 200 de los 686 trabajadores que participaron del estudio, así como para el diseño de la base de datos, y el ingreso de datos de los 200 trabajadores. El apoyo se recibió por parte de la convocatoria de mediana Cuantía para tesis Doctorales de la Dirección de Investigación e Innovación No. INV032015011 de la Universidad CES, Medellín en enero de 2016.

#### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Puentes León K, Rincón Bayona L, Puentes Suárez A. Análisis bibliométrico sobre trabajo y salud laboral en trabajadores informales. 2010-2016.
2. OIT. Resolución sobre las estadísticas del trabajo, la ocupación y la subutilización de la fuerza de trabajo. ICLS-DR-[STATI-131114-1]-Sp.
3. OIT en América Latina y el Caribe 2013, avances y perspectivas. Informe preparado por la oficina regional de la OIT para América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—americas/—ro-lima/documents/publication/wcms.214985.pdf>.
4. WIEGO. Mujeres en empleo informal. Globalizando y organizando. Disponible en: [http://espanol.wiego.org/programas-y-temas/programas\\_de\\_wiego/estadisticas/](http://espanol.wiego.org/programas-y-temas/programas_de_wiego/estadisticas/).
5. Bertranou F, Maurizio R. OIT. Trabajadores independientes, mercado laboral e informalidad en Argentina. 2011. Disponible en: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos-aires/documents/publication/wcms.248462.pdf>.
6. Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral 2016, Primera Edición. Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2016. Disponible en: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—americas/—ro-lima/documents/publication/wcms.537803.pdf>.
7. Prieto Murillo E. Informalidad laboral y retos desde la salud pública. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 2016.
8. Arbex M, Galvao AF, Gomes FAR. Heterogeneity in the returns to education and informal activities. *Inspere Working Papers wpe.216*, *Inspere Working Paper*, *Inspere Instituto de Ensino e Pesquisa*. 2010.
9. OPS. “Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Ginebra, Washington, 30 de marzo de 2017.
10. Garzón Duque M, Cardona Arango M, Rodríguez Ospina F, Segura Cardona A. Informalidad y vulnerabilidad laboral: aplicación en vendedores con empleos de subsistencia. *Rev Saude Publica*. 2017;51:89.
11. OPS, México. Depresión: hablemos. 7 de abril de 2017. Disponible en: <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>.
12. OPS. Depresión y otros trastornos mentales comunes, estimaciones sanitarias mundiales. Organización Mundial de la Salud; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Información para todos. Empleo informal y seguridad social, información diciembre 2019-febrero 2020. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-informal-y-seguridad-social>.
14. OMS. La escala de depresión de autoevaluación de Zung. Disponible en: [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/zungdepressionsscale/en/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/zungdepressionsscale/en/).
15. Campo A, Díaz L, Rueda G. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga. Colombia. *Biomédica*. 2006;26:415-23.
16. Salvo GL. Magnitud, impacto y estrategias de enfrentamiento de la depresión, con referencia a Chile. *Rev Med Chile*. 2014:142.
17. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017;4:146.
18. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
19. Salvador Carulla L, García Gutiérrez J, Ayuso Mateos J. Trastornos psiquiátricos en la edad media de la vida. Una epidemia silenciosa. 2004;16:1-11.
20. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez R. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Rev Haban Cienc Méd*. 2016:15.
21. Kawachi I, Berkman L. Social ties and mental health. *J Urban Health*. 2001;78:458-67.
22. Segura Cardona A, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Garzón Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012.
23. Ortiz Hernández L, López Moreno S, Borges G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad Saúde Pública*. 2007:23.
24. Salario mínimo mensual en Colombia en el año 2016. Disponible en: <https://www.salariominimocolombia.net/2016>.
25. Fernández Sierra M. Barreras de acceso a servicios de salud y mortalidad en Colombia. Foco económico. Un blog latinoamericano de economía y política [Internet]. Disponible en: <https://focoeconomico.org/2019/10/15/barreras-de-acceso-a-servicios-de-salud-y-mortalidad-en-colombia/>. Consultado 17 Junio 2020.
26. Morales Ruán M, Méndez Gómez I, Shamah Levy T, Valderrama Álvarez Z, Melgar Quiñónez H. La inseguridad alimentaria está asociada con obesidad en mujeres adultas de México. *Salud Pública Méx*. 2014;56 Supl 1.
27. Muñoz González L, Price Romero Y, Reyes López M, Ramírez M, Costa Stefanelli M. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Rev Esc Enferm USP*. 2010:44.
28. Blanco G, Feldman L. Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. 2000.
29. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena. Colombia. 2009.
30. Sánchez Tovar L, Jurado L, Simões Brasileiro M. Después del trabajo ¿qué significado tiene el ocio, el tiempo libre y la salud? *Paradigma*. 2013:34.
31. Chávez NM, Ríos H. Discriminación salarial por género “efecto techo de cristal” Caso: siete áreas metropolitanas de Colombia. *Rev Dimensión Empresarial*. 2014;12:29-45.
32. Garzón Duque M, Gómez Arias R, Rodríguez Ospina F. Indicadores y condiciones de salud en un grupo de trabajadores informales ‘vendedores’ del centro de Medellín (Colombia) 2008-2009. *Investigaciones ANDINA [Internet]*. 2014;16:932-48. Consultado 7 May 2014.
33. Garzón-Duque MO, Cardona-Arango MD, Rodríguez-Ospina FL, Segura-Cardona AM. Características sociodemográficas, económicas, ocupacionales y de percepción de salud que explican la disfuncionalidad familiar de trabajadores informales “vendedores” del centro de Medellín. *Rev Univ Salud*. 2016;18:447-61.
34. Organización Mundial de la Salud. Salud mental en el lugar de trabajo. Hoja informativa, Mayo de 2019 [internet]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/in\\_the\\_workplace/es/](https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/).
35. Peligros del ruido y sus efectos en nuestra salud. Por AEMPPI Ecuador, 25/04/2018.
36. Pineda Ortiz J, Torrecilla Sesma M. Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas. 1999;1:13-21.