



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL SUR
DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61



**“CONDICIONES PSICOSOCIALES DE TRABAJO
Y RIESGO DE DEPRESIÓN”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA DEL TRABAJO

PRESENTA:

Dr. René Salas Castillo

ASESORES:

Dra. Sonia Irma Rojas Carrera
Dr. Julio Ramírez Ortiz

AUTORIZACION DE IMPRESION

TITULO:

**“CONDICIONES PSICOSOCIALES DE TRABAJO Y RIESGO DE
DEPRESIÓN”**

Número de Registro del Comité Local de Investigación en Salud

R-2014-3003-12

Autor:

Dr. René Salas Castillo

Coautores:

Dra. Sonia Irma Rojas Carrera

Dr. Julio Ramírez Ortiz

Autorización

Dra. Edith Guillen Salomón

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

“CONDICIONES PSICOSOCIALES DE TRABAJO Y RIESGO DE DEPRESIÓN”

Autores: Salas Castillo René*, Rojas Carrera Sonia Irma**, Ramírez Ortiz Julio***.

* Médico Residente de Segundo Año de la Especialidad de Medicina del Trabajo, adscrito a la UMF No. 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Maestra en Investigación Clínica, Médico Especialista en Medicina Familiar, adscrita a la UMF No. 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

*** Médico Especialista en Medicina del Trabajo, Titular de la Residencia de Medicina del Trabajo de la UMF No. 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Enviar correspondencia:

Salas Castillo René

Avenida Republica Poniente No. 15. Col. Centro, Alto Lucero, Veracruz

C.P. 91460

México

rene_sc_1@hotmail.com

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MATERIAL Y METODOS	18
RESULTADOS	21
DISCUSION	25
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30
ANEXOS	33
AGRADECIMIENTOS	41

RESUMEN

CONDICIONES PSICOSOCIALES DE TRABAJO Y RIESGO DE DEPRESIÓN

Salas Castillo René¹, Rojas Carrera Sonia Irma², Ramírez Ortiz Julio³.

¹Médico Residente de Medicina del Trabajo, ²Maestra en Investigación Clínica, ³Médico Especialista en Medicina del Trabajo.

OBJETIVO: Identificar la asociación entre las condiciones psicosociales de trabajo y la depresión en trabajadores, usando el modelo demanda/control.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo, comparativo, transversal en trabajadores que acudieron a valoración por los servicios de Medicina del Trabajo de la ciudad de Veracruz, de ambos sexos, con edades entre 18-59 años, previo consentimiento, se obtuvieron sus datos generales, se aplicó el cuestionario Karasek modificado para identificar los factores psicosociales en el trabajo y el Cuestionario de Depresión Beck (BDI) para evaluar depresión. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 20.

RESULTADOS: La población final consistió en 196 trabajadores, 32 (16.3%) tuvieron algún grado de depresión, de los cuales, 24 trabajadores (75%) presentaron síntomas de depresión leve y 8 (25%) moderada. Al evaluar los factores psicosociales en el trabajo y su asociación con depresión, se encontró para el bajo control de decisión laboral una $p < 0.05$, odds ratios de 1.93 (IC 95% 1.1 - 4.2), la alta demanda laboral una $p < 0.05$, odds ratio de 3.07 (IC 95% 1.3 - 7.2) y el bajo apoyo social una $p < 0.05$ y un odds ratio de 3.75 (IC 95% 1.17-8.22).

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos en este estudio demuestran que en los trabajos en donde se tiene tensión laboral, que resulta de la combinación de un bajo poder de decisión y de la alta demanda laboral, además de un bajo apoyo social, se puede asociar a la presencia de depresión en trabajadores.

PALABRAS CLAVE: Depresión, trabajadores, control, demanda, apoyo social.

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL WORKING CONDITIONS AND RISK OF DEPRESSION

Salas Castillo René¹, Rojas Carrera Sonia Irma², Ramírez Ortiz Julio³

¹Occupational Safety and Health Medicine Resident, ²Clinical Research Master, ³Occupational Safety and Health specialist.

OBJECTIVE: Identify the association between psychosocial work conditions and depression in workers using the demand / Control model.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive, comparative, cross-sectional study in workers who attended valuation services in the area of Occupational Medicine in the city of Veracruz, of both sexes, aged 18-59 years, prior consent, general data were obtained, the Karasek questionnaire modified to identify psychosocial factors at work and the Beck depression Questionnaire (BDI) was used to assess depression. Statistical analysis was performed using SPSS version 20 program.

RESULTS: The final sample consists of 196 workers, 32 (16.3%) had some degree of depression, of which 24 workers (75%) had symptoms of mild depression and 8 (25%) moderate. In assessing psychosocial factors at work and their association with depression, a low power of decision resulted in $p < 0.05$, odds ratios of 1.93 (95% CI 1.1 - 4.2), high labor demand $p < 0.05$, odds ratio of 3.07 (95% CI 1.3 - 7.2) and low social support at $p < 0.05$ and an odds ratio of 3.75 (95% CI 1.17-8.22).

CONCLUSIONS: The results of this study show that in the work where one has job strain, resulting from the combination of a low power of decision, high labor demand, and a low social support, there may be an association with the presence of depression in workers.

KEYWORDS: Depression, workers, control, demand, social support.

INTRODUCCIÓN

El tema de los Factores Psicosociales en el Trabajo ha cobrado gran relevancia en los últimos años en el ámbito mundial. Instituciones como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de Salud (OMS), la Unión Europea, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) o la Agencia Europea de Salud y Seguridad, han declarado al tema de los factores psicosociales y estrés laboral como una de las grandes prioridades en el tema del trabajo y la salud ocupacional en los próximos años.¹

Los factores psicosociales estresantes que se encuentran en el medio ambiente de trabajo son numerosos y de diferente naturaleza. Comprenden aspectos físicos y ciertos aspectos de organización y sistemas de trabajo, así como la calidad de las relaciones humanas en la empresa. Todos estos factores interactúan y repercuten sobre el clima psicosocial de la empresa y sobre la salud física y mental de los trabajadores.²

En el medio ambiente de trabajo se ha identificado, en numerosos estudios, una serie de factores psicosociales, potencialmente negativos, vinculados con la salud. Tales factores son: la mala utilización de habilidades, la sobrecarga de trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas en las relaciones laborales, el trabajo por turnos y el peligro físico.³

Puede ser la causa de trastornos de las funciones psicológicas y del comportamiento. Entre los primeros indicadores de tales trastornos deben

mencionarse las actitudes negativas que se evidencian: irritación, preocupación, tensión y depresión. De ello puede derivarse un mal funcionamiento de las facultades cognoscitivas (como por ejemplo, la capacidad para concentrarse, para memorizar y para tomar decisiones).⁴

Distintos foros, congresos y sociedades de profesionales en psicología de la salud ocupacional han surgido con el propósito de entender la problemática y sus mejores maneras de prevención mediante su investigación empírica y desarrollo de modelos teóricos. Entre las asociaciones más importantes se encuentra la Occupational Health Psychology (SOHP, 2008) y la European Academy of Occupational Health Psychology (EA-OHP)(13). Uno de los modelos psicosociales de estrés laboral que ambas sociedades reconocen ampliamente hasta hoy es el modelo de Tensión Laboral o Demanda/Control del Karasek.⁵

En los años 70's Robert Karasek hipotetizó que no sólo las demandas psicológicas que el trabajo impone definen la experiencia del estrés o enfermedad, sino también es fundamental el grado de control que los trabajadores tienen en su tarea, lo que funciona como un mecanismo moderador de tales demandas. De esta forma, la *Tensión Laboral* surgiría en aquellas actividades cuyas exigencias del trabajo son elevadas y la oportunidad de control es escasa.⁶

De esta forma, las demandas psicológicas (cuánto y a qué ritmo se trabaja) en combinación con el control (campo autonomía y utilización de habilidades) determinan 4 condiciones de riesgo psicosocial: 1) trabajos de tensión alta, 2) trabajos activos, 3) trabajos de poca tensión y 4) trabajos pasivos. La combinación del cuadrante 1 (bajo control y alta demanda), se establece como la de mayor estrés (dañino), mientras que el cuadrante 2 y 4 se clasifican como de "estrés moderado",

por su parte el cuadrante 2 tiene un potencial de desarrollo en estrés “positivo”. Es el cuadrante 1 el de mayor preocupación para los especialistas, pues representa un alto riesgo de tensión acumulada que deriva en enfermedad crónica.¹

Dicho modelo ha tenido un potencial predictivo para distintas variables de salud, que incluye agotamiento, depresión, salud mental y salud cardiovascular⁷ entre muchos otros indicadores de salud. Esta capacidad predictiva lo han llevado a ser en definitiva el modelo más utilizado en los estudios de estrés en el trabajo e inclusive, un gran porcentaje de las investigaciones presentadas en los foros más importantes de estrés laboral en el ámbito mundial listan en sus métodos la utilización de este modelo.⁸

La depresión es una enfermedad compleja, que involucra factores genéticos, biológicos, cognitivos e interpersonales. En base a esto, podemos clasificar a la depresión como exógena, donde causas externas al individuo son las desencadenantes; y endógena, la cual está dada por fallas biológicas.⁹

Si bien, es primordial investigar si existe el antecedente de algún factor genético en el paciente que sufre depresión, es de igual importancia entender su entorno laboral, para poder explicarnos el por qué no todas las personas con carga genética a depresión, desarrollará este trastorno.¹⁰

Para definir la enfermedad, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV recurre a la categoría de trastorno mental, un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional. Establece que la depresión puede reconocerse por una serie de síntomas. La gravedad y duración de estos varía mucho de una persona a otra. Algunos de estos síntomas son: estado de

ánimo triste y vacío o enojo fácil y malhumor, casi todo el tiempo; pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban como estar con familiares, amigos o parejas (dificultad para sentir cariño por los seres queridos); pérdida o aumento importantes de apetito y peso; insomnio; incapacidad de quedarse quieto o lentitud observada por los demás; disminución de energía, fatiga; sentimientos de culpa o inutilidad; dificultad para concentrarse; pensamientos de muerte o ideas suicidas.¹¹

Dentro de las causas que han sido bien estudiadas, son las alteraciones de neurotransmisores como serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina.

La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endócrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafé.

En cuando a la noradrenalina, es producida por neuronas del locus ceruleus, en el tallo cerebral, la actividad de estas neuronas, aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir.

La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina.

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias son sin duda fundamentales para un funcionamiento normal del cerebro.¹²

Dentro de las causas exógenas, generadoras de depresión, podemos encontrar al estrés. Diferentes estudios han demostrado que las enfermedades de mayor impacto en la vida del ser humano, incluyendo las patologías mentales están relacionadas con el estrés ambiental y las situaciones adversas a las que se tiene que enfrentar un individuo.

Existe una relación directa entre estrés, neurobiología y trastornos mentales. El estrés se define como una causa de tensión o exigencia de adaptación, es el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica.¹³

La depresión, además de provocar una problemática personal, familiar y social, genera trastornos económicos; según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizó un estudio con una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, que incluyó a 5 782 participantes. De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida.

Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%). Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión.

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan. Los estudios simultáneos y comparables en 15 países de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas personales cotidianas, pues la discapacidad en las tareas productivas por trastornos físicos y mentales fue similar.

La Encuesta Mundial de Salud Mental determinó, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave (IC 95%=17.0-36.1) y alrededor de siete si la gravedad fue moderada (IC 95%=3.9-10.8).¹⁴

Las investigaciones intentan mostrar en qué medida estar expuesto a unas malas condiciones psicosociales en el trabajo (por ej. tener elevadas demandas, disponer de un escasa capacidad de control sobre la situación y de poco apoyo social) aumenta el riesgo de bajo bienestar psicológico, de presentar más síntomas, de desarrollar una enfermedad física concreta, o de que la evolución de ese trastorno sea más rápida o tenga peores consecuencias.¹⁵

La investigación se ha centrado principalmente en los acontecimientos vitales adversos y falta de apoyo social.¹⁶ Entre los eventos de la vida, tanto en la experiencia de las enfermedades físicas graves, como el infarto de miocardio¹⁷ o el cáncer¹⁸, y la experiencia de la pérdida, como la muerte de una persona importante, la separación o el divorcio¹⁹, han predicho el riesgo de la depresión mayor.

Un posible efecto de la exposición a condiciones de trabajo psicosociales adversos en el riesgo de trastornos mentales comunes se ha discutido durante algún tiempo.¹⁸ Hasta el momento, la asociación entre los factores psicosociales relacionados con el trabajo y la depresión con un diagnóstico clínico de un médico o psiquiatra se ha descrito en sólo unos pocos estudios. La mayoría de los estudios científicos que han analizado en las asociaciones entre los factores psicosociales relacionados con el trabajo y la salud mental se han utilizado diferentes tipos de medidas de resultado más o menos validadas, con varios estudios que utilizaron medidas generales de angustia.¹⁹

La Netherlands Mental Health Survey and Intervention Study (NEMESIS) publicado por Plaisier et al, es un estudio prospectivo de 2.646 hombres y mujeres que trabajan con edades comprendidas entre 18 y 65 años. El riesgo relativo de tensión psicosocial en el trabajo, medida por las exigencias psicológicas, fue significativamente mayor en el 3.5 (IC 95%: 1.9, 6.3) para la depresión. El apoyo social se asoció negativamente con la depresión (riesgo relativo (RR) 0.8, IC 95%: 0.7, 0.9), mientras que la libertad de decisión y la inseguridad laboral no se asociaron significativamente con la depresión, el tiempo de seguimiento fue de 2 años.²⁰

Un estudio similar de la Encuesta Nacional de Salud de la Población Canadiense realizado por Shields M; más de 12.000 personas empleadas fueron seguidas por 8 años, y la exposición se midió utilizando el Job Content Questionnaire (JCQ) y el apoyo social como en el estudio holandés. La tensión en el trabajo auto-reportada en 1994 y 2000 provocó un riesgo relativo de depresión de 3.4 (IC 95%: 1.8, 6.4).

El estudio muestra que la incidencia a 2 años para la depresión en hombres con alta tensión laboral es tres veces mayor en comparación con la de los hombres con baja tensión laboral. Este es el mismo para las mujeres, donde la incidencia es dos veces más alto para las personas con alto estrés laboral en comparación con la incidencia de aquellos con bajo estrés laboral. Al igual que en el estudio holandés, se observó una asociación entre el apoyo social en el trabajo para hombres y mujeres.²¹

Sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Población Salud Canadiense, Wang, et al publicaron los datos de 2 años de seguimiento desde 1994/1995 a 1996/1997. La tensión laboral en este estudio se analizó junto con otras variables de exposición, con la creación de un índice de estrés en el trabajo. El riesgo relativo de la depresión durante el período de seguimiento de 2 años fue de 2.4 (IC 95%: 1.5, 3.8).²²

Una parte de la población fue analizada con un enfoque en la asociación entre el tiempo de trabajo semanal y la depresión. Se encontró que las mujeres que trabajan más de 40 horas a la semana en comparación con las mujeres que trabajan 35 a 40 horas por semana para tener un riesgo significativamente mayor de depresión de 2.2 (IC 95%: 1.1, 4.4). No hubo tal aumento en el riesgo para los hombres.²³

En un estudio llevado a cabo en Japón por Kawakami N, Araki S et al, con más de 3.000 trabajadores de la industria de sexo masculino, se encontraron 35 casos de depresión diagnosticados por un psiquiatra durante un período de 3 años. De acuerdo con las medidas de exposición de línea de base, se encontró que los puestos de trabajo inadecuados dieron un riesgo relativo de la depresión de más de 11 (IC 95%: 2,0, 61,8).²⁴

En un estudio basado en registros de Finlandia, Virtanen et al, utilizaron el JCQ como la medida de la exposición y de la prescripción de antidepresivos durante los 3 años siguientes como resultado. El riesgo relativo para la prescripción de antidepresivos fue de 2.0 (IC 95%: 1.0, 3.8) para la tensión en el trabajo para hombres y 1.2 (IC 95%: 0,7 a 2,0) para las mujeres.²⁵

En el estudio danés realizado por Wieclaw J et al, que incluye más de 14.000 personas que fueron ingresados en un hospital psiquiátrico y cerca de 60.000 controles, examinó la asociación entre la violencia y las amenazas en el trabajo, por un lado y diagnósticos relacionados con el estrés en el otro. Las mujeres que tenían puestos de trabajo con un alto nivel de exposición a la violencia y las amenazas presentaban un odds ratio de 1.5 (IC 95%: 1.3, 1.8) para la depresión. Para los hombres, la violencia se asocia con la depresión de la misma magnitud, mientras que la exposición a las amenazas no alcanzó asociación significativa.²⁶

En la investigación llevada a cabo en Francia por Paterniti et al, conocido como el Estudio GAZEL,²⁷ de casi 10.000 empleados de Electricité de France - Gaz de France seguidos durante 3 años. La exposición de referencia utiliza el JCQ y una

medida de apoyo social en el trabajo. En el papel, no hay estimaciones de riesgo, es decir, los riesgos relativos, pero los coeficientes de regresión mostraron que para los hombres como a las mujeres altas demandas psicológicas y bajo apoyo social tuvo una asociación positiva significativa con la depresión. Para los hombres, también hubo una asociación positiva entre la depresión y el bajo poder de decisión, pero esto no se aplica a las mujeres.²⁸

En el Estudio de los trastornos musculoesqueléticos, de ausentismo, el estrés, y de Salud (conocido como el Estudio SMASH) de Lange et al, en el que participaron más de 800 empleados holandeses, se hicieron cuatro mediciones de la tensión laboral a intervalos de 1 año, que muestra una asociación significativa entre una alta puntuación en la escala de depresión y el aumento de la tensión laboral.²⁹

Un pequeño estudio de 184 docentes de sexo femenino llevado a cabo por Schonfeld IS que fueron seguidas durante 9 meses mostró una asociación entre los factores de estrés episódicos (estrés y enfrentamientos) y la depresión.³⁰ En un estudio de las empresas que se encontraban en un proceso de reducción del tamaño 2 años de duración, Moore et al., demostraron una prevalencia de depresión que fue dos veces mayor para aquellos empleados que habían sufrido dos despidos o más, en comparación con aquellos que nunca habían experimentado uno.³¹

Un estudio finlandés publicado por Ylipaavniemi et al, de casi 5.000 empleados, principalmente mujeres en un hospital mostró una asociación entre el "clima de equipo" y la depresión diagnosticada por medio de auto-reporte en un período de seguimiento de 2 años. No se encontró asociación significativa entre el estrés laboral

y la depresión RR 1.3 (IC 95%: 0.9, 1.8), ni en demandas RR 1.1 (IC 95%: 0.8, 1.6), ni de control RR 1.0 (IC 95%: 0.7, 1.5) asociado con la depresión.³²

El apoyo social y la depresión

El apoyo social como una variable de la exposición se ha incluido en algunos estudios. En el NEMESIS (Plaisier I et al), se aplicó una definición amplia de apoyo social emocional, incluyendo soporte de vida privada. Un alto grado de apoyo social se asoció negativamente con la depresión RR 0.8 (IC 95%: 0.7, 0.9). El efecto fue más fuerte para los hombres en comparación con las mujeres. El apoyo social amortigua el efecto desfavorable de las condiciones de trabajo.²⁰

En el Estudio GAZEL (Paterniti et al), el riesgo de depresión por un bajo apoyo social en el trabajo fue de 1.6 (IC 95%: 1.4, 1.8) para los hombres y 1.3 (IC 95%: 1.1, 1.6) para las mujeres. En este estudio, el grado de apoyo social se refiere únicamente con el apoyo del compañero de trabajo.²¹ En la Encuesta Nacional de Salud de la Población Canadiense (Shields M), tanto compañero de trabajo y el apoyo del supervisor se tuvieron en cuenta. El riesgo de depresión fue significativamente mayor con la falta de ambos, más pronunciada para el apoyo del compañero de trabajo.²⁸ Finalmente, en el estudio realizado en Finlandia por Ylipaavniemi et al utilizó el "clima de equipo" cubriendo si el ambiente interpersonal era de apoyo, incluido el apoyo a la innovación, una visión compartida y el compromiso con la excelencia como la medida de la exposición. Un bajo nivel de clima de equipo aumenta el riesgo de depresión a 1.6 (IC 95%: 1.1, 2.2).³²

En cuanto a estudios llevados en América Latina, encontramos el realizado por Juárez-García et al. En este trabajo se concentra los datos de los tres países de América Latina (Chile, Colombia y México) en el que se analiza la asociación entre el modelo de demanda / control y la salud mental en trabajadores de diferentes hospitales. Los resultados muestran que las combinaciones de altas exigencias y bajo control (tensión laboral) se asocian con altos síntomas de problemas de salud mental.¹

El estudio de Ansoleaga Moreno et al, en una muestra aleatoria de 303 trabajadores de una empresa minera chilena examinó la asociación entre factores psicosociales del trabajo y el riesgo de sufrir sintomatología depresiva. Se encontró que sí existen diferencias de riesgo de sufrir sintomatología depresiva entre quienes tienen bajo soporte social en comparación con quienes tienen alto soporte (RR: 1.79 (IC 95%: 1.19 - 2.71 $p = 0.006$)).³³

Considerando que la depresión es una enfermedad compleja, que involucra factores genéticos, biológicos, cognitivos, interpersonales y contextuales y que los factores psicosociales en el área laboral pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de la depresión a través de efectos ambientales directos e indirectos, nos preguntamos ¿Cuál es la asociación entre las condiciones psicosociales de trabajo y el riesgo de depresión?

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, comparativo y transversal en la ciudad de Veracruz, Veracruz, en los trabajadores que acudían a valoración por los servicios de Medicina del Trabajo de la Cd. De Veracruz, en el periodo comprendido entre el 01 de marzo 2014 al 31 de noviembre 2014.

Se incluyeron en el estudio a trabajadores que acudieron a valoración por riesgo de trabajo en los servicios de medicina del trabajo de ambos sexos, con edad entre 18 y 65 años y se excluyeron a aquellos trabajadores los cuales se encontraban en proceso de dictamen de estado de invalidez o de incapacidad parcial. Los cuestionarios incompletos fueron eliminados del estudio. Para estimar el tamaño de la muestra se utilizó un nivel de confianza del 95%, con una precisión del 5%, obteniendo un tamaño de muestra final de 200 trabajadores.

La toma de muestra se realizó mediante la aplicación de cuestionarios, a las personas que aceptaron y cumplieron con los criterios de inclusión. Inicialmente se obtuvieron los datos generales del trabajador como son: la edad (comprendida entre 18 a 59 años), sexo (masculino, femenino), estado civil (soltero, unión libre, casado, divorciado, viudo, separado), escolaridad (ninguna, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, posgrado), puesto de trabajo (dividido en sector productivo: primario, secundario, terciario), turno (matutino, vespertino, nocturno, mixto). Se aplicaron dos cuestionarios que incluían ítems cada uno, uno correspondiente a la evaluación de datos de depresión y otro para determinar los factores psicosociales en el área laboral. El cuestionario utilizado para evaluar depresión fue el Cuestionario de

Depresión de Beck (BDI), el cual consta de 21 grupos de afirmaciones que describen diversos síntomas del trastorno depresivo, los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV-R. El trabajador señaló cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante la última semana, incluido en el día de hoy. Cada grupo de afirmaciones se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto”; 1 a “levemente”; 2 a “moderadamente” y la puntuación 3 a “severamente”. La puntuación total es la suma de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se consideró sólo la de mayor puntuación). Las puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-9 indica no deprimido, 10-15 depresión leve, 16-24 depresión moderada y 25-63 depresión grave. Para la determinación de los factores psicosociales se utilizó la versión reducida del Cuestionario del Contenido del Trabajo (JCQ) de Karasek, que consta de 23 ítems, que incluye tres dimensiones: control sobre el trabajo 9 ítems (1 al 9) con puntuación de 24 a 96 (24 a 60 bajo control, 61 a 96 alto control), demandas psicológicas 6 ítems (10 al 15) puntuación de 12 a 48 (12 a 30 baja demanda, 31 a 48 alta demanda) y apoyo en el trabajo 8 ítems (16 al 23) con puntuación de 8 a 32 (8 a 20 bajo apoyo, 21 a 32 alto apoyo); se responde en una escala de tipo Likert con cuatro opciones de 1 a 4, correspondiendo la puntuación 1 a “Totalmente en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “Acuerdo”, 4 “Totalmente de acuerdo”, el cual tiene un alfa de Cronbach en general de 0.89, y el valor por dimensión mayor a 0.70.

Estos cuestionarios fueron aplicados a cada trabajador, los cuales, en caso de aceptar participar en el estudio, lo respondieron individualmente y en una sola emisión.

Se utilizó estadística descriptiva con promedio y desviación estándar para el análisis de variables cuantitativas y para variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes. Los factores de riesgo asociados al trastorno depresivo y las condiciones psicosociales en el trabajo se analizaron mediante Chi cuadrada y las variables cuantitativas asociadas con T de student para grupos independientes. La cuantificación del riesgo se realizó con razón de momios.

Se consideró significativa una $p < 0.05$. El análisis se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 20 en español, con un análisis comparativo por medio del cual se encontró las medidas de tendencia central para las variables cuantitativas, frecuencias y proporciones para variables nominales y ordinales.

RESULTADOS

La población final consistió en 196 trabajadores, la muestra inicial que se consideró inicialmente fue de 200 trabajadores, pero debido a que 4 cuestionarios no fueron completados se eliminaron del estudio.

Datos sociodemográficos

Del grupo con depresión, 14 (43.8%) trabajadores pertenecían al género masculino, 18 (56.3%) del sexo femenino, mientras que el grupo sin depresión estaba formado por 102 (62.2%) del sexo masculino y 62 (37.8%) del sexo femenino; la edad media para el grupo con depresión fue de 34.6 ± 11.7 años, mientras que para el grupo sin depresión fue de 34.6 ± 9.1 años; se encuestó el estado civil que tenían los trabajadores al momento del estudio, siendo el subgrupo de divorciado el que presentó más depresión con 5 de 11 trabajadores en dicho subgrupo (45.5%), en cuanto a la escolaridad el subgrupo más afectado fue el de posgrado con 4 de 8 trabajadores (50%). (Tabla 1)

Datos laborales

En ambos grupos, la mayoría de trabajadores desempeñaban un puesto de trabajo en el sector terciario [grupo con depresión 30 (19.6%); grupo sin depresión 123 (80.4%)]; otra variable que se investigó fue el turno laboral que se tenía siendo el subgrupo de turno mixto el que presentó mayor proporción de trabajadores con síntomas depresivos con 9 de 21 (30%). (Tabla 1)

Factores psicosociales

Los factores psicosociales en el trabajo, de acuerdo al modelo demanda-control en el cual se basó el estudio, fueron: 1) el control sobre el trabajo, encontrando 96 trabajadores (49%) con bajo control; 2) demanda de trabajo, observando 91 trabajadores (46.4%) con baja demanda; 3) apoyo social recibido dentro de la empresa, donde 55 trabajadores (28.1%) reportaron bajo apoyo social. (Tabla 2)

Depresión

Del total de la muestra (N=196), 32 trabajadores (16.3%) tuvieron algún grado de depresión, de los cuales, 24 trabajadores (75%) presentaron síntomas de depresión leve y 8 (25%) moderada; ningún trabajador se clasificó como gravemente deprimido.

Al realizar pruebas no paramétricas utilizando la prueba de χ^2 se obtuvo una diferencia significativa en el análisis de las variables que se consideraron para evaluar los factores psicosociales en el trabajo y su asociación con síntomas depresivos, se encontró que para el bajo control de decisión en el trabajo una $p < 0.05$, con un odd ratios de 1.93 (IC 95% 1.1 - 4.2), en cuanto a la demanda de trabajo se encontró asociación significativa con una $p < 0.05$, odds ratio de 3.07 (IC 95% 1.3 - 7.2) y el apoyo social total también con una $p < 0.05$ y un odds ratio de 3.75 (IC 95% 1.17-8.22).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y laborales. N=196

		Con depresión n=32 n (%)	Sin depresión n=164 n (%)	Total n=196 n (%)
Sexo	Masculino	14 (43.8)	102 (62.2)	116 (59.2)
	Femenino	18 (56.2)	62 (37.8)	80 (40.8)
Edad	18 a 29	8 (25)	54 (32.9)	62 (31.6)
	30 a 39	10 (31.3)	71 (43.3)	81 (41.3)
	40 a 49	10 (31.3)	24 (14.6)	34 (17.3)
	50 a 59	4 (12.5)	15 (9.1)	19 (9.7)
Estado civil	Soltero	4 (12.5)	67 (40.9)	71 (36.2)
	Casado	18 (56.3)	61 (37.2)	79 (40.3)
	Unión libre	5 (15.6)	30 (18.3)	35 (17.9)
	Divorciado	5 (15.6)	6 (3.6%)	11 (5.6)
Escolaridad	Primaria	3 (9.4)	47 (28.7)	50 (25.5)
	Secundaria	11 (34.4)	59 (35.9)	70 (35.7)
	Bachillerato	6 (18.8)	34 (20.7)	40 (20.4)
	Licenciatura	8 (25)	20 (12.2)	28 (14.3)
	Posgrado	4 (12.5)	4 (2.4)	8 (4.1)
Turno	Matutino	11 (34.4)	94(57.3)	105 (53.5)
	Vespertino	12 (37.5)	44(26.8)	56 (28.6)
	Nocturno	0	5(3.1)	5 (2.6)
	Mixto	9 (28.1)	21(12.8)	30 (15.3)
Sector	Primario	0	2 (1.2)	2 (1.02)
	Secundario	2 (6.2)	39 (23.8)	41 (20.9)
	Terciario	30 (93.8)	123 (75)	153 (78.1)

Tabla 2. Factores psicosociales en el trabajo N=196

Factor	Nivel	Total n (%)
Control laboral	Bajo	96 (49)
	Alto	100 (51)
Demanda laboral	Bajo	91 (46.4)
	Alto	105 (53.6)
Apoyo en el trabajo	Bajo	55 (28.1)
	Alto	141 (71.9)

*En base al modelo demanda-control apoyo social

Tabla 3. Nivel de depresión por sexo. N=32

		Leve n=24 n (%)	Moderado n=8 n (%)
Sexo	Masculino	9 (37.5)	5 (62.5)
	Femenino	15 (62.5)	3 (37.5)

Tabla 4. Factores psicosociales en el trabajo asociados con depresión. N=196

	Con depresión n=32 n (%)	Sin depresión n=164 n (%)	Odds Ratio	IC al 95%
Bajo control de decisión	20 (62.5)	76 (46.3)	1.93	1.1 - 4.2
Alta demanda de trabajo	24 (75)	81 (49.4)	3.07	1.3 - 7.2
Bajo apoyo social en el trabajo	17 (53.1)	38 (23.2)	3.75	1.17-8.22

Odds Ratios calculada con programa SPSS

DISCUSION

Se han realizado diversas investigaciones acerca de los efectos de los factores psicosociales en el trabajo; podemos encontrar estudios que se han encargado de analizar los efectos cardiovasculares, osteomusculares y sobre la salud mental. Nuestro estudio se encargó de analizar la presencia de síntomas depresivos en los trabajadores, ligado a las condiciones psicosociales en su trabajo.

En el estudio encontramos un mayor número de personas afectadas en los grupos integrados por trabajadores con bajo poder de decisión sobre cómo realizar sus actividades y con alta carga de trabajo, resultados similares a los obtenidos en el estudio GAZEL realizado en Francia por Paterniti et al, en donde el bajo poder de decisión, así como las altas demanda psicológica son los factores que se asociaron con depresión.²⁸

Como ya se mencionó en nuestros resultados se encontró que las altas exigencias y bajo control (tensión laboral) se asocian con síntomas de depresión, resultados similares a los encontrados por Juárez - García et al, en el que se muestra asociación entre alta tensión en el trabajo y la salud mental en trabajadores.¹

La tensión laboral mostró ser una de los factores que más puede intervenir en el riesgo de depresión, como demuestra Plaisier et al, en su estudio denominado NEMESIS, en donde la tensión psicosocial en el trabajo, medida por las exigencias psicológicas, aumento el riesgo de depresión.²⁰

Estos resultados en cuanto a la tensión en el trabajo nos hace suponer que la incidencia de depresión es más alta en trabajadores con alta tensión laboral, como

lo mostrado en la Encuesta Canadiense de Salud, en la que Shields M encontró que la incidencia de depresión es más alta para las personas con alto estrés laboral.²¹

El apoyo social fue otra de las variables de exposición estudiadas, siendo esta la que se asoció de manera más significativa, tomando en cuenta el apoyo total, tanto de compañeros como de supervisores, algo que se mostró también en el estudio GAZEL, aunque en este solo se tomó en cuenta el apoyo de los compañeros.²⁸

En nuestros resultados no se hace distinción entre el apoyo por compañeros o supervisores, por lo que no podemos determinar cuál es el que más influyó en el aumento del riesgo de depresión, algo que si muestra La Encuesta Nacional Canadiense de Salud, en donde el riesgo de depresión fue mayor ante la falta de ambos, pero más pronunciado ante el apoyo de compañeros.²¹

Al observar las variables demográficas encontramos que el sexo femenino presenta mayor número de trabajadores con síntomas depresivos, lo cual se puede apoyar en un estudio de revisión realizado por Zarragoitia Alonso, en 2013, donde menciona que dicho trastorno se presente con más frecuencia en mujeres que en varones, casi duplicando los casos.³⁴

El estudio realizado en Japón por Kawakami N et al, indica que una falta de correspondencia entre las condiciones de trabajo y los recursos personales podría aumentar el riesgo de desarrollar depresión²⁴, resultado que puede compararse con el encontrado en nuestro estudio donde el nivel académico que mostró mayor proporción de trabajadores deprimidos fueron los que contaban con posgrado con

50% de afectados dentro del subgrupo, esto podría deberse a que los puestos de trabajo que ocupan muchas veces no corresponden a su grado de estudio.

En cuanto al sector productivo no es posible realizar un adecuado análisis de los resultados ya que la gran mayoría de puestos de trabajo correspondía al sector terciario, debido a que la ciudad de Veracruz es un puerto con gran actividad comercial y turística, esta es una de las limitaciones del presente estudio al no poder hacer comparativo entre las actividades primarias (agropecuarias, minera), secundarias (industria) y las terciarias (comercio y servicios), por no contar con grupos de muestra similares de los tres sectores.

CONCLUSIONES

Los factores psicosociales que generan tensión laboral, son uno de los riesgos ocupacionales más frecuentes en una amplia gama de empresas, y de los menos estudiados; como consecuencia de esto, una parte importante de trabajadores en nuestro país se encuentran expuestos a los efectos nocivos de este tipo de condiciones. Estos efectos perjudiciales pueden ser tanto físicos como psicológicos, provocando en el organismo un estado de estrés como respuesta adaptativa; respuesta que puede volverse patológica cuando la capacidad de adaptación se ve rebasada por los estímulos. Los resultados encontrados en este estudio apoyan la relación que existe entre las condiciones psicosociales en el área laboral y el trastorno depresivo en los trabajadores. Sin embargo, esta relación no es estándar para todos los individuos y se encuentra regulada por características intrínsecas y extrínsecas de la población en estudio, por lo que esta conclusión al igual que otros estudios apoya la idea de que los efectos de los factores psicosociales pueden y deben diferenciarse entre los distintos subgrupos de población.

Los resultados obtenidos en este estudio demuestran que en los trabajos en donde se tiene tensión laboral, que resulta de la combinación de un bajo poder de decisión de cómo realizar las actividades y de la alta demanda de trabajo tanto físico como mental, además de un bajo apoyo por parte de compañeros de trabajo y supervisores, induce cambios en la salud mental de los trabajadores, por lo que es importante conocer los grupos específicos de personas en quienes se presentan con mayor intensidad y frecuencia estas alteraciones para poder generar acciones preventivas específicas y de esta forma evitar por un lado, la aparición de una

enfermedad o accidente de trabajo, incapacidad temporal e incluso incapacidad permanente o estados de invalidez; y por otro, evitar pérdidas económicas para la empresa, causadas por la rotación de personal, el retraso en la producción y las pérdidas materiales derivadas de los accidentes que pudieran ocurrir como consecuencia de estos trastornos.

En el área de Medicina del Trabajo los factores psicosociales a los que se ve expuesto el trabajador en su área laboral está tomando mucha importancia, esto debido a que cada vez más se identifican trastornos mentales que tienen origen en el trabajo; por el mayor conocimiento que se tiene sobre estas condiciones ya no solo se piensa en factores extra laborales como causa de estos trastornos, que terminaban en trámites de invalidez cuando en realidad se podía manejar como una enfermedad de trabajo, con el consiguiente beneficio tanto para el trabajador, el instituto y los demás trabajadores de la empresa, al instituirse medidas preventivas e implementar modificaciones en el ambiente de trabajo, por lo que es importante realizar estudios similares al nuestro para demostrar que estas condiciones si afectan la salud de los trabajadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Juárez-García A, Vera Calzaretta A, Gómez Ortiz V, El Modelo Demanda/Control y la Salud Mental en Profesionales de la Salud: Un Estudio en Tres Países Latinoamericanos. [25-01-14], Disponible de URL: <http://factorespsicosociales.com/segundoforo/simposio/Juarez-Vera-Gomez-et-al.pdf>
2. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra, Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención, Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, Concepto de los factores psicosociales en el trabajo Núm. 56, 18-24 de septiembre de 1984, pag 10
3. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra, Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención, Serie Seguridad, Higiene y Medicina del Trabajo, Los factores psicosociales en el trabajo Núm. 56, 18-24 de septiembre de 1984, pag 15
4. European Union (2008). Future Occupational Safety and Health Research Needs and Priorities in the Member States of the European Union. Report.
<[http://osha.europa.eu/en/publications/reports/202/view?searchterm="priority%20areas"](http://osha.europa.eu/en/publications/reports/202/view?searchterm=)>
5. Karasek, R. Demad/control model: a social, emotional and physiological approach to stress risk and active behavior development. En: Encyclopedia of Occupational Health and Safety (pp 34.6). Sweden; Organización Internacional del Trabajo, 1998
6. Karasek, R & Theorell, T. (1990). Halthy Work: Stess, Productivity, and the reconstruction of Working Life. USA: Basic Books
7. Schnall PL, Belkic KL, Landsbergis PA, Baker DB. Why the workplace and cardiovascular disease? In: Schnall PL, Belkic KL, Landsbergis PA, Baker DB, eds: The Workplace and Cardiovascular Disease. Occup Med 15(1), 2000, pp 97-122
8. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology 1998; 3:322-355.
9. Hudson JL, Rapee RM. Psychopathology and the Family. ELSEVIER Science. Macquarie University, Australia 2005; 225-280
10. Pierre Pichot. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON S.A. Primera edición.

11. Korman G, Sarudiansky M. Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 2011; 15 (1): 119-145
12. Vargas-Navarro P, Latorre-López D, Parra-Cárdenas S. Estresores psicosociales y depresión mayor recurrente. *Revista Salud Bosque*; 1 (2) : 39-53
13. Rodríguez-Orozco A. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 1642-1644
14. Peralta Pedrero M, Mercado Castelazo E, Cruz Avelar A, Sánchez Márquez O, Lemus Rocha R, Martínez Garcías M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44(5): 409-414
15. BENAVIDES, F.G. *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson, 2000.
16. Harris T. Recent developments in understanding the psychosocial aspects of depression. *Br Med Bull* 2007; 57:17–32.
17. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA. The nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1989; 149:1785–9.
18. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. *J Psychosom Res* 2007; 51:697–704.
19. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32:443–62.
20. Plaisier I, de Bruijn JGM, de Graff R. The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Soc Sci Med* 2007;64:401–10.
21. Shields M. Stress and depression in the employed population. *Health Rep* 2006;17:11–29.
22. Wang J. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med* 2005;35:865–71.
23. Shields M. Long working hours and health. *Health Rep* 1999; 11:33–48.
24. Kawakami N, Araki S, Kawashima M. Effects of job stress on occurrence of major depression in Japanese industry: a casecontrol study nested in a cohort study. *J Occup Med* 1990;32: 722–5.
25. Virtanen M, Honkonen T, Kivimaki M. Work stress, mental health and antidepressant medication findings from the Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2007;98:189–97

26. Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen PB. Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:771–5.
27. Paterniti S, Niedhammer I, Lang T. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms: longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry* 2002; 181:111–17.
28. Niedhammer I, Bugel I, Goldberg M. Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: a prospective study. *Occup Environ Med* 1998;55:735–41.
29. de Lange AH, Taris TW, Kompier MA. Effects of stable and changing demand-control histories on worker health. *Scand J Work Environ Health* 2002;28:94–108
30. Schonfeld IS. Stress in 1st-year women teachers: the context of social support and coping. *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 2001;127:133–68.
31. Moore S, Grunberg L, Greenberg E. Repeated downsizing contact: the effects of similar and dissimilar layoff experiences on work and well-being outcomes. *J Occup Health Psychol* 2004;9:247–57.
32. Ylipaavalniemi J, Kivimaki M, Elovainio M. Psychosocial work characteristics and incidence of newly diagnosed depression: a prospective cohort study of three different models. *Soc Sci Med* 2005;61:111–22.
33. Ansoleaga Moreno, Elisa y Toro, Juan Pablo. Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera. *Salud de los Trabajadores* [online]. 2010, vol.18, n.1, pp. 7-16. ISSN 1315-0138.
34. Zarragoitia I. Sex and gender differences in depression - proclivity in women. *Medwave* 2013;13(3):e5651 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5651

ANEXOS

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES Y LABORALES

Importante: Todas sus respuestas son de tipo confidencial y no se proporcionaran de ninguna forma a terceras personas, por lo que se le pide por favor conteste de la manera más verídica y más semejante a su estado de salud. Si usted tiene alguna duda pregunte al aplicador.

Instrucciones: Abajo hay una serie de preguntas relacionadas con sus datos personales, laborales, económicos y con el consumo de tabaco. Lea cuidadosamente y responda cada afirmación.

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Estado civil:** _____

Escolaridad _____ **Puesto de trabajo:** _____

Jornada laboral: _____

TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: “Esto es un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la ULTIMA SEMANA incluyendo HOY”

Importante: Todas sus respuestas son de tipo confidencial y no se proporcionaran de ninguna forma a terceras personas, por lo que se le pide por favor conteste de la manera más verídica y más semejante a su estado de salud. Si usted tiene alguna duda pregunte al aplicador.

1)

No me siento triste.

Me siento triste.

Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.

Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.

Me siento desanimado con respecto al futuro.

Siento que no puedo esperar nada del futuro.

Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

No me siento fracasado.

Siento que he fracasado más que la persona normal.

Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.

Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .

No disfruto de las cosas como solía hacerlo.

Ya nada me satisface realmente.

Todo me aburre o me desagrada.

5)

No siento ninguna culpa particular.

Me siento culpable buena parte del tiempo.

Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

Me siento culpable todo el tiempo.

6)

No siento que esté siendo castigado.

Siento que puedo estar siendo castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7)

No me siento decepcionado en mí mismo.

Estoy decepcionado conmigo.

Estoy harto de mi mismo.

Me odio a mi mismo.

8)

No me siento peor que otros.

Me critico por mis debilidades o errores.

Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

No tengo ninguna idea de matarme.
Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
Me gustaría matarme.
Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

No lloro más de lo habitual.
Lloro más que antes.
Ahora lloro todo el tiempo.
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

No me irrito más ahora que antes.
Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
Me siento irritado todo el tiempo.
No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

No he perdido interés en otras personas.
Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
He perdido todo interés en los demás.

13)

Tomo decisiones como siempre.
Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

No creo que me vea peor que antes.
Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
Creo que me veo horrible.

15)

Puedo trabajar tan bien como antes.
Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

Puedo dormir tan bien como antes.
No duermo tan bien como antes.
Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirm

17)

No me canso más de lo habitual.
Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
Me canso al hacer cualquier cosa.
Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

Mi apetito no ha variado.
Mi apetito no es tan bueno como antes.
Mi apetito es mucho peor que antes.
Ya no tengo nada de apetito.

19)

Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

He perdido más de 2 kilos.
He perdido más de 4 kilos.
He perdido más de 6 kilos.

20)

No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
He perdido por completo mi interés por el sexo.

CUESTIONARIO KARASEK

INSTRUCCIONES – Los puntos que siguen corresponden a su trabajo y a su entorno laboral. Ud. debe marcar una sola de las casillas en cada ítem.

1 – Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas.

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo.

2 – Mi trabajo consiste en hacer siempre lo mismo

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

3 – En mi trabajo debo ser creativo

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

4 – Tengo libertad de decidir cómo hacer mi trabajo

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

5 – Mi trabajo necesita un nivel elevado de calificación

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

6 – Mi trabajo me permite tomar decisiones en forma autónoma

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

7 – En el trabajo tengo la oportunidad de hacer cosas diferentes

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

8 – Tengo influencia sobre como ocurren las cosas en mi trabajo

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

9 – En el trabajo tengo la posibilidad de desarrollar mis habilidades personales

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

10 – Mi trabajo exige hacerlo rápidamente

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

11 – Mi trabajo exige un gran esfuerzo mental

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

12 – Mi trabajo me obliga a concentrarme durante largos periodos de tiempo

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

13 – En mi trabajo no se me pide hacer una cantidad excesiva

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

14 – Dispongo de suficiente tiempo para hacer mi trabajo

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

15 – No recibo pedidos contradictorios de los demás

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

16 – Las personas con las que trabajo están calificadas para las tareas que realizan

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

17 – Las personas con las que trabajo se interesan por mi

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

18 – Las personas con las que trabajo son amistosas

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

19 – Las personas con las que trabajo facilitan la realización del trabajo

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo.

20 – Mi jefe se preocupa por el bienestar de los trabajadores que están bajo su supervisión

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

21 – Mi jefe presta atención a lo que digo

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

22 – Mi jefe facilita la realización del trabajo

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

23 – Las personas con las que trabajo están calificadas para las tareas que realizan

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- De acuerdo.
- Completamente de acuerdo.

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3003
U MED FAMILIAR NUM 61, VERACRUZ NORTE

FECHA 08/05/2014

DR.(A). JULIO RAMÍREZ ORTIZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"CONDICIONES PSICOSOCIALES DE TRABAJO Y RIESGO DE DEPRESION"

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2014-3003-12

ATENTAMENTE

DR.(A). MARGARITO LEÓN CABAL

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3003

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Carta Dictamen

AGRADECIMIENTOS

A mi familia fuente de apoyo constante e incondicional en toda mi vida y más aún en mis duros años de carrera profesional y en especial quiero expresar mi más grande agradecimiento a mis padres que sin su ayuda hubiera sido imposible culminar mi profesión

Me gustaría agradecer sinceramente a mi asesor metodológico, Dra. Sonia Rojas Carrera; su conocimiento, su orientación, su manera de trabajar, su paciencia y motivación han sido fundamentales para mi desarrollo de mi trabajo de investigación.

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias