

Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión

RESUMEN

Se pronostica que para 2020 la depresión será la primera causa de retiro laboral y la segunda enfermedad más frecuente en países desarrollados. Las consecuencias de esta enfermedad afectan el bienestar físico, mental, emocional y social de los individuos, del mismo modo genera serios pérdidas a la economía de las empresas, las cuales además de pagar tratamientos pierden la ganancia de la producción que no está generando el trabajador. Los factores psicosociales desempeñan un papel importante como variables de riesgo o moduladoras en el desarrollo de este trastorno. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de las investigaciones más recientes sobre los factores psicosociales y su relación con la depresión laboral. Para ello es importante conocer la forma como la psicología define y clasifica la depresión laboral, y determinar los factores de riesgo para proporcionar un tratamiento específico.

SUMMARY

It is predicted that the depression will be the first cause of labor retirement and the second most frequent illness in the 2020 in developed countries. The consequences of depression affect the physical, mental, emotional and social well-being of the individuals, in the same way it generates serious blows to the economy of the companies where depressed patients with depression work; companies have to pay treatments also and the production decrease with the disability of workers suffering depression. The psychosocial factors play an important role as variables of risk or modulators in the development of this disorder. The objective is to carry out a review of the recent literature focus on the psychosocial factors and its relationship with the depression at the place of work. We consider that it is important to know the diagnosis of depression at the place of work, and determine the risk factors for recommendation of a specific treatment.

Facultad de Estudios
Superiores Iztacala,
Universidad Nacional
Autónoma de México,
Tlalnepantla, Estado de
México

Comunicación con:
Elizabeth Alicia
Cantero-Téllez.
Tel: (55) 5391 3550.
Correo electrónico:
eli_cuatrostaciones@
hotmail.com

Recibido: 23 de enero de 2009

Aceptado: 9 de octubre de 2009

Introducción

Se sabe que la depresión es un problema actual, aunque ha existido siempre. Antes se consideraba un estado de ánimo pasajero y las personas que padecían este mal se les trataba inicialmente con algún jugo de hierbas según los síntomas que presentaban (cansancio, falta de energía, etcétera). La historia del concepto de la enfermedad de los desórdenes del afecto comenzó en la medicina occidental con el concepto de "melancolía", considerada como una perturbación de la mente caracterizada por gran tristeza sin causa aparente. Samuel Johnson cambió el término desorden melancólico por depresión; hacia el final del siglo XIX, este vocablo había desplazado a melancolía

en la mayoría de las nomenclaturas. En la actualidad, la Organización Panamericana de la Salud plantea que el enfoque de salud se refiere al completo estado del bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedad como se había conceptualizado hasta el siglo XX. Por tanto, las conductas saludables como el predominio de ciertas emociones adquieren un papel relevante en la promoción de la salud.¹⁻³

La Organización Panamericana de la Salud señala que hay 100 millones de nuevos casos de depresión al año en el mundo.² La Organización Mundial de la Salud plantea que en 2020 la depresión será la primera causa de retiro laboral prematuro en países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente del mundo, debido a cambios acelerados en la for-

Palabras clave
psicología
lugar de trabajo
depresión

Key words
psychology
workplace
depression

ma de vida, desintegración familiar y ruptura de tradiciones y estructuras sociales.⁴

De 40 a 85 % de las personas que han sufrido depresión tiene alguna recaída durante su vida.⁵ El riesgo de episodios depresivos nuevos se incrementa con el número de episodios previos, y con ello los intervalos libres de síntomas se acortan y la calidad de vida decrece con cada nuevo episodio.^{6,7}

En 2002, 71 % de los canadienses entre 25 y 64 años de edad informó algún episodio de depresión mayor; el costo de pérdidas en la productividad por días de invalidez se estimó en 2.6 mil millones de dólares para 1998.⁸

Según datos mundiales, 5 % de los británicos en edad de trabajar tiene depresión; en República Dominicana la prevalencia es de 9.8 %, en Argentina de 12 %, en Chile de 15 %, en Perú de 11.7 %; la mayor prevalencia se ubica en la población entre 25 y 45 años.⁹⁻¹¹ En México, de 9 a 13 % de la población adulta sufre depresión grave, las mujeres tienen el doble de prevalencia que los hombres, y a diferencia de la población mundial, los jóvenes y ancianos presentan mayores niveles de depresión, con una prevalencia de 40 a 70 %.^{12,13}

Condiciones como migraña, dolor de espalda, diabetes, alergia, rinitis, reflujo gastroesofágico y depresión, dominan los costos por pérdida de productividad, aun así, la depresión resulta ser la más costosa debido a su alta prevalencia y su correlación con otras enfermedades.¹⁴ La depresión tiene un costo mundial anual de 50 billones de dólares; en países como España, el costo asciende a 745 millones de euros anuales, del cual 53.5 % corresponde a gastos directos derivados del manejo y tratamiento de los pacientes y 46.5 % a costos indirectos por muerte prematura o incapacidad laboral temporal.^{1,6}

De 1.8 a 3.6 % de los obreros en Estados Unidos padece depresión mayor. El gasto asociado al tratamiento oscila entre 30 mil millones y 20 billones de dólares anuales, y hasta 200 millones de dólares de trabajo perdidos al año; los costos anuales (médicos, farmacológicos y de discapacidad laboral) son 4.2 veces mayores para beneficiarios con depresión mayor que para los beneficiarios típicos (8709 *versus* 2059 dólares).^{7,9,15}

En Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos y España, se ha demostrado que si los episodios de depresión están acompañados de síntomas físicos dolorosos aumenta drásticamente el número de días perdidos por mes, a saber: síntomas físicos dolorosos tuvieron 3.6 días perdidos, por depresión mayor 4.5 días, y por ambos 9.4 días perdidos por mes.¹⁶

En México no existen muchos estudios que muestren los costos individuales y sociales de la

depresión. Se conoce muy poco acerca de los principales determinantes de la enfermedad depresiva en mexicanos. Es posible que debido a diferencias culturales y sociales en el país, estos factores se distribuyan de manera diferente a lo que ocurre en otros y que tengan un impacto diferente en la población mexicana.^{9,12}

Los estudios epidemiológicos recientes indican que los factores psicológicos pueden desempeñar un papel esencial en las enfermedades.¹⁻³

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo es realizar una revisión teórica sobre los factores psicosociales y su relación con la depresión laboral; de este modo, psicólogos, médicos, empresarios y público en general, podrán tener acceso a información útil y relevante que ayudará a generar conciencia respecto a este problema de salud pública y a tomar medidas para solucionarlo.

Definición de depresión

En su forma clínica, dos son las fuentes principales consultadas para la definición, clasificación y diagnóstico de la depresión: la *Cuarta versión del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV)¹⁷ y la *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades* de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10).¹⁸ Dichas fuentes definen la depresión como un trastorno del estado de ánimo.

De acuerdo con Cobo,¹⁹ se puede hablar de depresión según tres enfoques diferentes: como un trastorno, es decir, cuando se presentan ciertos síntomas característicos y detectables; como un síntoma, aislado o en compañía de otros sin relación directa; o como un síndrome, basado en la tristeza y cuyos síntomas están relacionados. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria (pérdidas o incapacidad para hacerles frente), cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, diversos trastornos físicos, factores genéticos y evolutivos; que originan una alteración funcional reversible de los mecanismos de gratificación y refuerzo y tienden a mantenerse por mecanismos de retroalimentación positiva o de "círculo vicioso" que impiden o retrasan la recuperación espontánea.^{3,20,21} Por su parte, Alonso²² sugiere que las causas de la depresión dependen de su clasificación.

La fisiología de la depresión plantea una descompensación de las monoaminas neurotransmisoras, noradrenalina, serotonina, acetilcolina y endorfinas en el sistema nervioso central. Además, la disfun-

ción central de la neurotransmisión origina alteraciones neurovegetativas y endocrinas, sobre todo en la secreción de cortisol, hormona tiroidea y hormona de crecimiento.³

No existe una definición totalmente aceptada y se ha tratado de describir en función de algunos síntomas.¹⁰ Los síntomas de la depresión no son los mismos en todos los individuos y no siempre responden a una causa real explicable.^{3,23} La mayoría de los sujetos deja de tener interés por las actividades cotidianas, siente fatiga o sensación de lentitud, problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí mismo.

La depresión se ha enlazado a otros problemas: consumo de tabaco, abuso de sustancias, problemas de salud física y dificultades académicas. Muchos individuos deprimidos experimentan un sentido profundo de desesperación que puede llevar a la ideación o intento suicida. La depresión también impacta las relaciones interpersonales, como por ejemplo matrimonio, relaciones con los hijos y con los amigos.⁷

Por otro parte, la depresión se puede vincular con el síndrome de *burnout*, afectando la estructura personal y familiar, lo cual se refleja en la calidad y desempeño laboral; dicho síndrome se caracteriza por tres componentes: despersonalización, cansancio emocional y reducida autorrealización,²⁴ lo cual conlleva al decremento de la efectividad en el trabajo²⁵ Con base en esto, la diferencia radica en que el *burnout* es fundamentalmente un constructo social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales, mientras que la depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre esas relaciones interpersonales.²⁶ El aspecto que permite discriminar el *burnout* de la depresión es que en el primero la sensación de impotencia está confinada al ámbito laboral, mientras que en la depresión se esparce cubriendo todos los aspectos de la vida del paciente. En este sentido, el profesional con *burnout* posee más rutas de "escape" que el depresivo, sin embargo, en algunos casos la situación de *burnout* es seguida de un cuadro depresivo. Cuándo y por qué ocurre esto es aún una pregunta abierta a la investigación. Las personas con *burnout* se ven más vitales que los deprimidos, tienden más a ver las cosas negativas en los otros y no tanto en sí mismos, y tienen la capacidad de disfrutar algunas cosas. Solo en casos muy graves llega a presentarse ideación suicida y esto generalmente coincide con depresión.²⁷

Alonso y Rozados^{22,21} plantean que la clasificación más frecuente de los síntomas depresivos tiene tres categorías: los afectivos, psicomotores y del pensamiento, y agregan que la literatura se centra en distinguir los trastornos subjetivos (los de la afectividad y los del pensamiento) y los objetivos (la inhibición psicomotora), sin embargo, para ellos esto deja fuera 50 % de los síntomas depresivos, por lo que proponen cuatro categorías, cuyos rasgos más frecuentes se describen en el cuadro I, a saber:

- **Humor depresivo:** estado de ánimo triste, pesimista y de desesperanza, que provoca dolor por vivir.
- **Anergia:** debilitación de los impulsos, lo que conduce a una forma extrema de inmovilidad que provoca falta de fuerzas y cansancio por la vida. Tiene tres niveles distintos: el nivel ligero consiste en ausencia o deficiencia de las motivaciones y los intereses; en el nivel intermedio hay falta de reacción a los estímulos externos, es decir, insensibilidad; en el nivel severo se produce tal inhibición psíquica global que el enfermo llega a sentirse petrificado o paralizado.
- **Discomunicación:** incapacidad de comunicación que conduce al aislamiento del enfermo depresivo mediante el bloqueo de la emisión y la recepción.
- **Ritmopatía:** desorganización de las formas rítmicas biopsíquicas, tales como la actividad/descanso, la alimentación y el sueño.

Rudelir¹¹ señala que existen diversas clasificaciones de las formas clínicas de depresión, sin embargo, la depresión laboral podría estar catalogada en la clasificación causal, ya que, de acuerdo con las causas, la *depresión reactiva* es la que surge como reacción a factores externos (en este caso de tipo laboral) que producen desequilibrio emocional y desencadenan un cuadro depresivo.

De acuerdo con la sintomatología se pueden reconocer las formas que se describen en el cuadro II, que son las identificadas en la clínica. Las manifestaciones son muy variadas, desde una ligera falta de motivación e incapacidad de concentración hasta graves alteraciones de las funciones corporales.

La clasificación de depresión más empleada en la actualidad es la que corresponde al DSM-IV,¹⁷ la cual establece que para considerar la existencia de un episodio de depresión mayor deben reunirse cinco o más de los síntomas siguientes durante un periodo de dos semanas:

Cantero-Téllez EA et al.
Factores
psicosociales
y depresión laboral

1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Notable disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos días.
3. Aumento o pérdida significativa de peso sin seguir ningún régimen dietético, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesivos o inadecuados casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
9. Ideas recurrentes de muerte, ideas de suicidio recurrentes, con o sin un plan específico, o intento de suicidio.

Además de dar una idea sobre los problemas que sufre la persona con depresión, la revisión de estos criterios revela también las muchas formas

como la depresión puede influir negativamente en el lugar de trabajo.²⁸

Factores de riesgo

De acuerdo con las investigaciones revisadas, los factores de riesgo para desarrollar depresión pueden separarse en genéticos, somáticos, sociodemográficos y psicológicos. En el cuadro III se pueden observar dichos factores.

Acerca del factor genético como variable de riesgo para desarrollar depresión, se ha observado que los antecedentes de este trastorno en la familia tienen fuerte correlación con el desarrollo del mismo.^{5,10,29} Existe entre 10 y 15 % de posibilidades de que los hijos de un padre deprimido presenten un cuadro semejante. Si el afectado es un hermano, el riesgo sería de la misma magnitud. Si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes enfrentarían 50 % de posibilidades de padecer el mismo síndrome. Con familiares más lejanos, como tíos, abuelos y primos, el riesgo disminuye a

Cuadro I
Síntomas más frecuentes de la depresión, según Alonso²¹

Tumor depresivo	Dimensiones			
	Anergia	Discomunicación	Ritmopatía	
Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con o sin lágrimas	Apatía o aburrimiento	Brotos de mal humor	Gran fluctuación de los síntomas a lo largo del día	
Incapacidad para experimentar alegría o placer	Indecisión	Tendencia a afligirse por todo	Pérdida del apetito y peso	
Desvalorización propia en forma de ideas de inferioridad, sensación de incapacidad somática o psíquica, sentimientos de culpa	Falta de concentración	Retraimiento social	Crisis de hambre voraz	
Disminución del apego e ideas suicidas	Disminución de la actividad habitual en el trabajo o distracciones	Abandono de la lectura, radio y televisión	Dificultad para conciliar el sueño	
Opresión precordial	Fatiga	Sensación de soledad o desconfianza	Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano	
Dolores localizados en el cuerpo	Disfunción sexual o trastornos digestivos	Descuido en el arreglo personal	Hipersomnias durante el día	

3 o 4 %. El riesgo de depresión en varones es de 5 a 12 %, pero cuando sufren una enfermedad crónica puede elevarse a 33 %.

Sobre los factores de riesgo somáticos, el desorden depresivo mayor es más prevalente en personas con desórdenes somáticos (dolor de cabeza, hombros-espalda, brazos piernas, pecho abdomen, es-

palda baja), sin importar donde estén localizados o si son crónicos o no, e independientemente del número de desórdenes que se padezcan.³⁰ En lo que se refiere a poblaciones de trabajadores, la depresión aumenta casi al doble en quienes informan dolor crónico (fibromalgia, artritis, reumatismo, problemas de espalda, migraña, diabetes o cáncer).^{8,31} La

Cantero-Téllez EA et al.
Factores psicosociales y depresión laboral

Cuadro II
Recopilación de las clasificaciones más utilizadas de la depresión de acuerdo con los síntomas asociados

Referencia	Clasificación	Descripción
Rudelig	Depresión psicótica	Asociada a ciertos cuadros psicóticos, por ejemplo: esquizofrenia
	Depresión neurótica	No presenta síntomas psicóticos
	Depresión de tipo melancólico	Presenta ideas de autoreproche, culpa y ruina, inhibición psicomotriz, riesgo suicidio
	Depresión ansiosa	Asociada a síntomas de ansiedad
	Depresión inhibida	Presenta inhibición psicomotriz
	Depresión atípica	Presenta hipersomnía, hiperorexia, hipofagia, aumento de peso
	Depresión asintomática	Asociada a síntomas físicos
DSM-IV	Trastorno depresivo mayor	Episodio único o reciente
	Trastorno distímico	Depresión crónica durante dos años mínimo
	Trastorno bipolar	Tipo I: episodios maníacos, o sea, con estado de ánimo anormalmente elevado, exaltado y expansivo de por lo menos una semana de duración; hipomaníacos (duran al menos 4 días) o depresivos Tipo II: episodios depresivos mayores, recidivante, con episodios hipomaníacos
	Trastorno ciclotímico	Causado por enfermedad orgánica
CIE-10	Episodio depresivo leve	Deben de estar presentes mínimo dos de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y aumento de la fatiga
	Episodio depresivo moderado	Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, así como al menos tres, preferiblemente cuatro de los demás síntomas
	Episodio depresivo grave asociado con síntomas psicóticos	Presenta angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, riesgo suicida. Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Es probable que el individuo no sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica
	Episodio depresivo grave asociado a síntomas psicóticos	Presenta ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, ruina o catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición

prevalencia de síntomas físicos dolorosos en no depresivos es de 29 %, mientras que en los depresivos corresponde a 50 %, por lo que la presencia de episodios de depresión mayor produce aumento en el predominio de síntomas físicos dolorosos.¹⁶

Dentro de las variables sociodemográficas que constituyen un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno de depresión, ser mujer representa un mayor riesgo que ser hombre, llegando a ser hasta el doble de prevalente en las poblaciones trabajadoras.^{5,8,12,23,29} Los mayores porcentajes están entre la población de 18 a 44 años de edad, grupo laboralmente más productivo.^{1,5,29,32} Del mismo modo, se conoce que el estatus de divorciado, separado, viudo o soltero es un factor de riesgo para el trastorno de la depresión (7.5 %), en oposición con el de casado o en unión libre; o vivir retirado del lugar donde habita el cónyuge (8.49 %), en oposición a aquellos que viven juntos.^{2,5,8,12,29}

También se afirma que la pertenencia a clases inferiores y la inadecuada situación socioeconómica representan un peligro, así como vivir aislado del centro urbano.^{2,12,29}

Obreros con ingresos bajos tienen mayor probabilidad de padecer depresión que quienes viven con un ingreso superior (4.7 *versus* 3.4 %). Los trabajadores en turnos vespertino y nocturno manifiestan mayor número de episodios de depresión que aquellos con turnos regulares de día (5.6 *versus* 3.5 %).⁸

Existe una relación entre menor nivel socioeconómico y mayor nivel de estrés y las enfermedades crónicas. Por lo tanto, es posible que el efecto de las características sociales en la manifestación de la depresión esté mediado por el estrés y las enfermedades crónicas.¹²

Por otra parte y en desacuerdo con lo planteado, Díaz y colaboradores,¹⁰ en una investigación realizada con 153 trabajadores ferroviarios y operadores de grua puente en una empresa minero-metalúrgica de cobre en Perú, concluyeron que la edad no fue un

factor de riesgo asociado a depresión, como lo afirman Gilmour y Patten.⁸ Agregan que la depresión se debe fundamentalmente a cambios psicosociales a los que se van enfrentando las personas a esa edad, siendo más importantes las condiciones del medio circundante que la edad misma. Del mismo modo, el estado civil no fue un factor de riesgo asociado a depresión, debido a que si bien el estado civil de casado denota una situación en la cual la persona no se encuentra sola, ello no siempre es así. Tampoco identificaron el nivel de escolaridad como factor de riesgo, ya que se debe tener en cuenta que los trabajadores estudiados recibían capacitación constante relacionada con la labor que desempeñaban, lo que evitaba sentimientos de incapacidad.⁸ Ser portador de enfermedad crónica orgánica no constituyó factor de riesgo porque los trabajadores y sus familiares eran objeto de controles médicos frecuentes, y cuando enfermaban recibían atención médica gratuita y oportuna, por lo que cualquier enfermedad no era percibida con la misma magnitud con la que lo harían personas que no gozan de estas ventajas.

En cuanto a las variables psicológicas, éstas pueden considerarse como factores psicosociales, pues se refieren a los elementos externos al individuo y los efectos que provocan en él. En el primer caso se encuentran las exigencias laborales, cargas de trabajo, demandas y estresores (aspectos del puesto de trabajo, entorno de trabajo, es decir, clima y cultura de la organización, funciones laborales, relaciones interpersonales y diseño y contenido de las tareas). En el segundo caso, el concepto se refiere al efecto que se produce en el trabajador, por ejemplo, la depresión es considerada como una alteración psicosocial.

Este concepto también ha sido empleado para hacer referencia a condiciones derivadas de la organización del trabajo, como el control del trabajo, el cual dota al individuo de condiciones que posibilitan la adquisición de nuevos conocimientos o la posibilidad de tomar decisiones sobre la actividad que realiza. La aproximación que ofreció la Organización Internacional del Trabajo en 1984 definía los factores psicosociales como un concepto complejo y difícil de entender, dado que se refieren a interacciones entre trabajo, medio ambiente, satisfacción en el trabajo, condiciones de la organización, capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo a partir de percepciones y experiencias que pueden influir en la salud y en el rendimiento.^{9,28}

La personalidad como factor psicosocial se ha asociado con el curso de los trastornos afectivos

Cuadro III
Investigaciones que asocian factores de riesgo somáticos, sociodemográficos y psicológicos con la depresión y depresión laboral

Factores de riesgo	Número de investigaciones	
	Población no trabajadora	Población de trabajadores
Somáticos	1	4
Sociodemográficos	3	6
Psicológicos	5	8

en cuanto a la mayor gravedad de los síntomas, la mayor frecuencia en las recaídas y los peores resultados en el tratamiento. Durante el episodio depresivo, aumentan los niveles de emocionalidad, la neurosis y la dependencia interpersonal, mientras que otros rasgos como la rigidez o la apertura se muestran más estables.³³

El abuso de alcohol, tabaco y drogas representa un factor importante de riesgo. La mayoría de las personas deprimidas tiene baja autopercepción de sus síntomas depresivos, y las individuos con más de 11 años de trabajo tienen más síntomas, lo cual pudiera relacionarse con la motivación, los intereses particulares, dificultades interpersonales, fundamentalmente con sus superiores, así como el tiempo que requieren las exigencias del medio en que se desarrollan, el cual constituye un factor estresante. Del mismo modo, los conflictos laborales, familiares, económicos, conyugales, sociales, etcétera, representan un peligro para la salud mental del trabajador.^{1,2,8,10} Así mismo, quienes tienen altos niveles de tensión presentan mayor número de episodios de depresión que aquellos que informan tener bajos niveles (6 *versus* 2.5 %).⁸

Las relaciones interpersonales en el trabajo (apoyo social) están significativamente relacionadas a percepciones bajas de estresores laborales, alta satisfacción laboral, baja depresión, pocos síntomas de enfermedad y alto rendimiento laboral.^{5,29,34}

Otros grupos de riesgo son los trabajadores con ausencia de estrategias apropiadas de afrontamiento, historia de abuso sexual, trauma físico, estrés crónico, tener otro trastorno psiquiátrico, estar fijo en su lugar de trabajo (sedentarismo), estar en paro, vivir en un entorno urbano, experimentar algún evento vital doloroso, antigüedad del problema depresivo, condiciones de trabajo inadecuadas y poca actividad física; esta última afecta el funcionamiento de las monoaminas (serotonina, norepinefrina y dopamina), que aumentan la autoestima, la autoeficacia y el sentimiento de mando.^{5,10,29,31,35,36}

El bajo control del hogar constituye un mayor riesgo de depresión para las mujeres que para los hombres. La poca libertad de decisión laboral en hombres y mujeres con grado medio de trabajo se asocia con un alto riesgo de depresión. Para los hombres negros, la seguridad laboral está asociada a menos síntomas depresivos; y para hombres latinos, pero no para los negros o blancos, los trabajos físicamente incómodos o peligrosos están asociados a más síntomas depresivos. Para mujeres negras, el estatus laboral está asociado a menos síntomas depresivos.^{32,37}

Respecto a estudios en población de trabajadores mexicanos, Mudgal y colaboradores¹² afir-

man que la autoestima baja, cambios estresantes o estrés crónico también pueden desencadenar episodios depresivos o favorecer la recurrencia o la cronicidad de los síntomas depresivos. Enfermedades como el infarto del miocardio, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden causar enfermedad depresiva, lo que a su vez puede influir en la disposición del enfermo para atender sus necesidades físicas y prolongar el periodo de recuperación.

De tal forma, ser mujer, estar separada de la pareja, tener menor educación, laborar en un trabajo no profesional, recibir un menor ingreso, tener un trabajo menos satisfactorio y padecer más de una enfermedad crónica, se asocian positivamente con depresión. Sin embargo, hay diferencias de género: bajos ingresos se asocian significativamente con el nivel de depresión de las mujeres, pero no en los hombres, mientras que en éstos el efecto de ser soltero es mucho más fuerte en comparación con las mujeres. Del mismo modo, Luna y Martínez³² añaden que recibir órdenes confusas o poco claras del jefe, las posiciones incómodas durante la jornada, el trabajo repetitivo, las altas exigencias laborales, la fatiga, la rotación de turnos, el ruido y permanecer de pie en el trabajo, constituyen importantes factores de riesgo para el desarrollo de depresión.

El trabajo puede representar una de las causas más importantes de depresión: poseer una profesión que guste y marche bien es un antídoto para la enfermedad; por el contrario, la depresión contribuye a la baja productividad, el ausentismo, insatisfacción laboral, incrementando el uso de los servicios de salud y salud mental, y de sustancias y accidentes.^{15,23}

Métodos de evaluación

Existen dos métodos principales para evaluar la depresión: la entrevista y la autoaplicación de pruebas (miden la intensidad de los síntomas), por lo que el clínico debe combinar los métodos e instrumentos de acuerdo con las condiciones del caso y los propósitos de la evaluación (por ejemplo, establecimiento de un diagnóstico, valoración del curso terapéutico, investigación científica), pero puede usar otros como la observación directa y evaluaciones de personas significativas.^{3,11,38}

En relación con la investigación científica, dos son los instrumentos más empleados, uno de cada método señalado: la *Escala de Hamilton* (aplicada en una entrevista) y el *Inventario de Beck* (auto-aplicado). Ambos fueron desarrollados a principios de la década de 1960.

La *Escala de Hamilton* consta de 21 reactivos (aunque es frecuente una versión de 17), cada uno se refiere a un síntoma de la depresión (humor, culpa, ideación suicida, insomnio, etcétera), para responder de 0 a 2 o de 0 a 4, y abunda en reactivos físicos. Una puntuación por encima de 29 (en la versión de 17 reactivos) califica para depresión severa. La escala es muy efectiva para vigilar el estado depresivo en el tiempo y para evaluar la efectividad de un instrumento antidepresivo. Entre sus ventajas está el manejo rápido, válido y confiable cuando es dirigida por personal capacitado. Su limitación estaría en que da énfasis a lo síntomas biológicos, neurovegetativos y depresivos psicóticos.¹⁰

El *Inventario de Beck* consta igualmente de 21 reactivos, cada uno un síntoma (humor, perspectiva del futuro, fracaso, satisfacción, etcétera), para responder de 0 a 3 y abunda en los reactivos psicológicos. Una puntuación por encima de 29 califica depresión severa.

Estos instrumentos evalúan la depresión pero no establecen el diagnóstico.

Finalmente, el investigador (y también el clínico) utiliza a menudo instrumentos adicionales que exploran otros aspectos del funcionamiento global de la persona, entre los que figura la *Escala de Evaluación Global de Endicott, Spitzer, Fleiss y Cohen* (1976). Otras escalas ampliamente empleadas dependiendo del objetivo son el *Inventario de depresión infantil* (CDI, Kovacs y Beck, 1977; Kovacs, 1985), *Escala de depresión cardiaca* (CDS, Hare y Davis, 1996) y *Escala analógica visual de depresión cardiaca* (CD-VA, Di Benedetto, Lindner, Hare y Kent, 2005).^{3,38}

En cuanto a los exámenes complementarios, Rudelir¹¹ propone la prueba de supresión de la dexametasona, que en muchos casos es positiva debido a la afección del eje neuroendocrino en los pacientes depresivos, y se asocia en general a hipercortisolemia. Otro estudio, el aminograma en la orina de 24 horas, consiste en determinar la cantidad de metabolitos de ciertos neurotransmisores en la orina; puede orientar respecto a la alteración bioquímica presente en cada caso.

Intervención

Según la teoría cognitivo-conductual, la depresión se enlaza a asunciones poco realistas o irracionales sobre sí mismo y el mundo, basadas en la existencia de esquemas cognitivos distorsionados que contienen actitudes negativas sobre temas de pérdida, inadecuación, fracaso, etcétera. Cuando estos esquemas

cognitivos (en estado latente) son activados por estresores vitales, se manifiestan en forma de pensamientos automáticos negativo sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Dichos esquemas son aprendidos tempranamente, por ello, la terapia cognitivo-conductual para la depresión está enfocada a conductas observables y pensamientos automáticos disfuncionales deduciendo los esquemas cognitivos subyacentes.^{7,29,39}

Las personas deprimidas ven a menudo su depresión como resultado del fracaso de sus metas o por las tendencias de sus patrones de pensamientos. Así, los pacientes depresivos que piensen que su depresión es causada por procesos particulares deberían ser motivados a engranar con tratamientos que dirijan explícitamente las razones que ellos perciben como causas de su depresión.⁴⁰

Hay actuaciones terapéuticas que se encaminan a facilitar la exposición del sujeto a interacciones sociales que consoliden pautas de relación funcionales en los diferentes contextos en los que se desenvuelve el sujeto; esto también es útil a nivel preventivo.⁵

Gilbert, Bilsker, Myette y Stewart,⁴¹ en su libro *Depression & Work Function: Bridging The Gap Between Mental Health Care & The Work Place*, proponen que las actividades que ayudan a prevenir la incapacidad laboral deberán ser realizadas tempranamente en el curso de un episodio de depresión, con el fin de reducir la ocurrencia, severidad y duración de los desórdenes depresivos. La piedra angular para el tratamiento es llevar a cabo un proceso que facilite el diagnóstico exacto para realizar una intervención basada en la evidencia y aplicada por profesionales calificados.

La identificación temprana de síntomas depresivos en el trabajador ayudará a la prevención de episodios de depresión mayor. Por tanto, la actuación estará dirigida a identificar deterioro funcional relacionado con síntomas depresivos antes de la aparición de dicho episodio. Se deberá identificar a las personas que hayan disminuido su actividad laboral, o en las que exista disminución en los objetivos esperados, que tengan pobre calidad de trabajo, accidentes o inseguridad conductual. Para evaluar la actuación de los trabajadores, los supervisores deberán incrementar su sensibilidad en el tema de la salud mental, para de este modo identificar cambios. Si dicho monitoreo revela que hay un problema en curso, el supervisor deberá canalizar al trabajador a los servicios de salud ocupacional. Del mismo modo, es importante realizar pruebas de tamizaje para identificar casos de alto riesgo, aplicadas por personal de la salud, consejeros o consultores de rehabilitación vocacional; sin embargo, la aplicación de pruebas solo deberá efec-

tuarse si es parte de un programa que facilite el acceso a los servicios de salud necesarios.

La más apropiada intervención será aquella cuyos objetivos estén centrados en empleados en categorías de alto riesgo:

- Con descenso en la actividad laboral debido a altos niveles de estrés, comienzos de *burnout* o depresión.
- Con altos niveles de ausentismo laboral.
- Empleados de programas de asistencia.
- Con permisos de incapacidad de largo tiempo relacionados con desórdenes no psiquiátricos.

Esta vigilancia debe ser realizada periódicamente y puede incluir exámenes de precolocación y físicos, de este modo se puede tener una detección temprana de anomalías físicas, mentales o bioquímicas. Tales indicadores son importantes cuando se está en un trabajo donde hay exposiciones tóxicas, sin embargo, las condiciones psicosociales de riesgo no son consideradas regularmente.

Del mismo modo, debe realizarse un análisis que permita revelar los estresores del lugar de trabajo para eliminarlos o modificarlos.

Otro método de intervención que representa un bajo costo para las empresas es la distribución de material de autocuidado, lo cual tiene como resultado un mayor número de casos con depresión menor que mayor y mejores resultados que con el tratamiento farmacológico para este tipo de casos.

Conclusiones

A pesar de conocer la importancia del trabajo como fuente etiológica de depresión, no existe una clasificación apropiada que incluya la depresión laboral; de tenerla sería más fácil su detección y, por tanto, la intervención para reducirla, eliminarla e incluso prevenirla.

Lo anterior se debe a que no existe una definición propia de depresión laboral, a pesar de conocer las implicaciones que tiene no solo a nivel físico mental, emocional y social, sino en los costos para las empresas y la economía del país.

Es importante realizar programas de intervención basados en la evaluación precisa de la depresión y sus variables asociadas, en especial los factores psicosociales de tipo organizacional, ambiente de trabajo, el diseño de puesto y las características individuales.

Como hemos revisado, los factores psicosociales desempeñan un papel importante en la apari-

ción de la depresión, por ello su estudio también dará evidencia de cómo prevenir este trastorno en el campo del trabajo.

Referencias

1. Díaz L, Valdés-Savín Y, Quevedo-Fonseca C, Torres-Lio-Coo V, Font-Darias I, Guidi-Virues E. Depresión oculta en sujetos que laboran en condiciones complejas. *Rev Cubana Med Mil* 2007; 36(2):1-6.
2. Díaz L, Torres-Lio-Coo V, Urrutia-Zerquera E, Moreno-Puebla R, Font-Darias I, Cardona-Monteagudo M. Factores psicosociales de la depresión. *Rev Cubana Med Mil* 2006;35(3):1-7.
3. Piqueras-Rodríguez A, Martínez-González A, Ramos-Linares V, Rivero-Burón R, García-López L, Oblitas-Guadalupe L. Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica* 2008;15(1):43-73.
4. Ruiz-Flores LG, Colín-Piana RF, Corlay-Noriega IS, Lara-Muñoz MC, Dueñas-Tentori HJ. Trastorno depresivo mayor en México. La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental* 2007;30(2):25-32.
5. González-González S, Fernández-Rodríguez C, Pérez-Rodríguez J, Amigo-Vásquez I. Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión. *Int J Psych Psychol Ther* 2007;7(1):13-26.
6. Vázquez F, Torres A. Prevención del comienzo de la depresión: estado actual y desafíos futuros. *Bol Psicol* 2005;(83):21-44.
7. Gillham J, Shatté A, Freres D. Preventing depression: a review of cognitive-behavioral and family interventions. *Appl Prev Psychol* 2000;9:63-88.
8. Gilmour H, Patten S. Depression at work. *Statistics Canada* 2007;75(1):19-31.
9. Martínez-Alcántara S, Hernández-Sánchez A. Necesidad de estudios y legislación sobre factores psicosociales en el trabajo. *Rev Cubana Salud Pública* 2005;31(4):338-344.
10. Díaz C, Ramírez A, Tejada P. Factores condicionantes de depresión en trabajadores metalúrgicos. *An Facultad Med* 2004;65(1):25-35
11. Rudelir M. Abordaje clínico de la depresión. Buenos Aires, Argentina: Sociedad Argentina de Medicina; 1999. p. 97-106.
12. Mudgal J, Guimaraes-Borges G, Díaz-Montiel J, Flores Y, Salmerón J. Depression among health workers: the role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. *Salud Mental* 2006; 29(5):1-8.

13. Pavón-Hernández K, Grajales-Muñiz C, Rodríguez-Guzmán L. Impacto de una estrategia de apoyo psicológico en la disminución de síntomas clínicos de depresión en el adulto mayor. *Epidemiología* 2003;20(48):1-3.
14. Stewart WE, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003;289 (23):3135-3144.
15. Goldberg R, Steury S. Depression in the workplace: costs and barriers to treatment. *Psychiatr Serv* 2001;52(12):1639-1643.
16. Demyttenaere K, Bonnewyn B, Bruffaerts R, Brugha T, De-Graaf R, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord* 2006;92(2-3):185-193.
17. American Psychiatry Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Tercera edición. Washington, DC: American Psychiatry Association; 1994.
18. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. España: Meditor; 1994.
19. Cobo J. El concepto de depresión. Historia, definición (es), nosología, clasificación. *Rev Psiquiatría*. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/155/21833/part4/?++interactivo>
20. De-Rivera J. Tratamiento de los trastornos afectivos. *Psiquis* 1992;13(Supl 1):1-11. Disponible en http://www.psicoter.es/pdf/92_A106_06.pdf
21. Rozados R. ¿Tiene usted depresión? Disponible en <http://www.depresion.psicomag.com>
22. Alonso-Fernández F. Modelo tetradimensional de la depresión. *Biopsicología.net*. Disponible en http://www.biopsicologia.net/fichas/page_3942.html
23. Fernández-D'Pool J, Fernández P, Acevedo J. Estrés organizacional, depresión y afrontamiento en trabajadores petroleros. *Salud de los Trabajadores* 2005;13(1):7-17.
24. Maslach C. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
25. Pérez-Cruz E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Intern Mex* 2006;22(4):282-286.
26. Llana A. Ergonomía y psicología aplicada. Manual para el especialista. Cuarta edición. España: Lex Nova; 2004.
27. Schwartzmann L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo? *Cienc Trabajo* 2004;6(14):174-184.
28. Organización Internacional del Trabajo. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. [Monografía en Internet]. Tercera edición. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001. p. 5.10-5.12, 34.2-34.3. Disponible en http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/enciclo/indice_gral.htm
29. Vázquez F, Torres A. Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clinica Salud* 2007;18(2):221-246.
30. Baune BT, Caniato RN, Garcia-Alcaraz MA, Berger K. Combined effects of major depression, pain and somatic disorders on general functioning in the general adult population. *Pain* 2008;138(2):310-317.
31. Munce SE, Weller I, Robertson Blackmore EK, Heinma M, Katz, J, Stewart, D. The role of work stress as a moderating variable in the chronic pain and depression association. *J Psychosom Res* 2006;61(5):653-660.
32. Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med* 2002;54 (5):783-798.
33. Agudelo D, Spielberger C, Buena-Casal G. La depresión: ¿un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental* 2007;30(3):20-28.
34. Park KO, Wilson MG, Lee MS. Effects of social support at work on depression and organizational productivity. *Am J Health Behav* 2004;28(5):444-455.
35. Bernaards CM, Jans MP, Van-Den-Heuvel SG, Hendriksen IJ, Houtman IL, Bongers PM. Can strenuous leisure time physical activity prevent psychological complaints in a working population? *Occup Environ Med* 2006;63(1):10-16.
36. Zimmerman F, Christakis D, Stoep A. Tinker, tailor, soldier, patient: work attributes and depression disparities among young adults. *Soc Sci Med* 2004; 58(10):1889-1901.
37. Luna-Flores M, Martínez-Alcántara S. Exigencias laborales y daños a la salud en un establecimiento de la industria química farmacéutica en México. *Salud de los Trabajadores* 2005;13(2):67-80. Disponible en <http://servicio.cid.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/vol13n2/13-2-1.pdf>
38. Pérez-Álvarez M, García-Montes JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 2001;13(3):493-510.
39. Jacobson N, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan J, et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(2):295-304.
40. Meyer B, Garcia-Roberts L. Congruence between reasons for depression and motivations for specific interventions. *Psycho Psychother* 2007;80(Pt 4): 525-542.
41. Gilber M, Myette L. *Depression in the workplace*. Canada: Mheccu; 2003.