



Revista Costarricense de Psicología

ISSN: 0257-1439

editorial@rcps-cr.org

Colegio Profesional de Psicólogos de

Costa Rica

Costa Rica

Ansoleaga Moreno, Elisa; Miranda-Hiriart, Gonzalo
Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación
Revista Costarricense de Psicología, vol. 33, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 1-14
Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476747237004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación

Depression and Working Conditions: Review of Current Research

Elisa Ansoleaga Moreno
Universidad Diego Portales, Chile

Gonzalo Miranda-Hiriart
Universidad Católica Silva Henríquez, Chile

Resumen

El presente artículo analiza la investigación de la última década (años 2000-2010) acerca de la evidencia de asociaciones entre factores psicosociales laborales y la aparición de episodios depresivos en estudios longitudinales. Para este fin, se realizó una revisión sistemática de estudios de cohorte prospectivos, que incluyeron factores psicosociales laborales como exposición (variables independientes) y depresión como desenlace (variable dependiente). La búsqueda se focalizó en *PubMed* y los criterios de inclusión fueron los siguientes: estudios de cohorte longitudinales prospectivos que, además, reportaron sus resultados a través de riesgo relativo (RR) u *odds ratio* (OR). Se excluyeron artículos referenciados en revisiones anteriores. A partir de estos criterios, se seleccionó un total de ocho estudios. La revisión reafirma la tendencia observada desde hace dos décadas, que alta carga de trabajo, bajo control sobre los ritmos y procesos de trabajo, pobre apoyo social, desequilibrio entre esfuerzo invertido y recompensa recibida, así como la percepción de un trato injusto como predictores significativos y consistentes de futuros episodios depresivos. Sin embargo, la variabilidad de estos resultados posibilitó reconocer las dificultades del abordaje de las variables psicosociales y, por lo mismo, la importancia de no descuidar la reflexión teórica y epistemológica.

Palabras clave: Depresión, factores psicosociales, trabajo

Abstract

This article reviews research during the last decade (2000-2010) that studied evidence of associations between psychosocial labor factors and the emergence of depressive episodes in longitudinal studies. A systematic review of prospective cohort studies was performed which included psychosocial factors at work such as exposure (independent variable) and depression as an outcome (dependent variable). The search was focused on *PubMed* and the inclusion criteria were prospective cohort studies that reported their results using relative risk (RR) or odds ratio (OR). Papers reported in previous reviews were excluded. Based on these criteria, eight studies were selected. The trend, which has been observed for two decades, was confirmed: heavy work demands, low control over work rhythm and processes, poor social support, imbalance between effort and reward, as well as perceived unfair treatment were significant and consistent predictors of future depressive episodes. However, the variability in these results makes it necessary to recognize the difficulties of addressing psychosocial variables, and therefore, the importance of not neglecting theoretical and epistemological reflection.

Keywords: Depression, Psychosocial Factors, Work

Elisa Ansoleaga Moreno, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

Gonzalo Miranda-Hiriart, Escuela de Psicología, Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago, Chile.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Elisa Ansoleaga-Moreno, dirección electrónica: maria.ansoleaga@udp.cl o a Gonzalo Miranda-Hiriart, dirección electrónica: gmiranda@ucsh.cl

Los fenómenos depresivos han alcanzado un protagonismo tan inesperado como indiscutido en la escena de la salud pública contemporánea. Hace más de una década, las proyecciones sobre la carga de enfermedad comenzaron a pronosticar que la depresión mayor sería para el año 2020 la segunda causa de pérdida de años de vida saludable a nivel mundial y la primera en los países en vías de desarrollo (Murray & Lopez, 1997). Kohn y colaboradores (2005) estimaron una tasa de prevalencia de vida para la depresión mayor en América Latina en general de un 8.7%, donde Colombia y Brasil presentaron las tasas más altas (19.6% y 12.6%, respectivamente) seguidos por Perú (9.7%) y Chile (9.2%). Esta realidad contrasta con los escasos recursos destinados por los sistemas de salud de esta región a la salud mental (Organización Panamericana de la Salud, 2013) y con la carencia de investigación y la falta de discusión académica y pública respecto del tema (Ansoleaga & Valenzuela, 2013). Los datos desafían a teóricos e investigadores de la salud mental a desplegar explicaciones y revisar los enfoques clásicos sobre la enfermedad depresiva.

La Psicología clínica y la Psicología del trabajo y de las organizaciones han prestado poca atención al eventual papel patógeno del entorno y las condiciones laborales. En el ámbito de la salud pública se ha desarrollado en los últimos años una línea de investigación promisoría por su potencial para generar acciones preventivas al buscar identificar elementos propios del trabajo que pudiesen representar factores de riesgo para la salud mental, conocidos como factores psicosociales (Organización Internacional del Trabajo/ Organización Mundial de la Salud, OIT/OMS, 1984).

El presente artículo presenta en ese marco una revisión de la investigación cuyo objetivo consiste en analizar los resultados de estudios longitudinales recientes (años 2000 al 2010) sobre la asociación entre factores psicosociales laborales y la depresión.

Factores de riesgo psicosocial

Sauther, Murphy & Levy (en Gil-Monte, 2010) definieron los factores psicosociales de riesgo como las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del puesto, la realización de la tarea e, incluso, el entorno del trabajo que tienen la capacidad de afectar negativamente el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador. Ahora bien, no es fácil definir cuáles elementos del medio psicosocial son relevantes para la salud. Aun cuando los riesgos psicosociales hace más de treinta años están en la agenda de investigación de psicólogos y epidemiólogos en el ámbito sanitario (OIT-OMS, 1984; Karasek & Theorell, 1990), lo psicosocial, en la mirada biomédica, suele ser cualquier condición que se aparte de lo estrictamente físico, químico o biológico, lo que lleva a cierta confusión en la práctica, debido a la carencia de precisión con que se emplea el concepto psicosocial. Sin embargo, existen desde hace varias décadas constructos y modelos que permiten precisar y acotar el campo de estudio. En los últimos años, dos modelos se han impuesto en la investigación epidemiológica: el Modelo Demanda-Control (Karasek & Theorell, 1990) y el Modelo Desbalance Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1996).

El modelo de Karasek (demanda-control) considera tres dimensiones: la demanda psicoló-

gica, el margen de decisión sobre el trabajo y el apoyo social de pares y superiores. La demanda psicológica alude a un conjunto de exigencias cognitivas y emocionales relacionadas con la complejidad de las tareas, el volumen de trabajo y la presión de tiempo. El margen de decisión (también llamado latitud decisional) refiere a las posibilidades que posee la persona de influenciar decisiones relacionadas con su trabajo, de controlar sus propias actividades y al grado en que el trabajo le permite desarrollar sus propias capacidades. Finalmente, el apoyo social (incluido con posterioridad al modelo) considera dos componentes: el apoyo de los compañeros de trabajo y los niveles de supervisión directa. El apoyo social refiere a la percepción de que pares o superiores prestan colaboración instrumental (para realizar el trabajo) o emocional (para tramitar cuestiones de índole extralaboral o relacional en el espacio de trabajo). El modelo de Karasek sostiene que, en la medida en que las personas perciben sostenidamente altas demandas psicológicas acompañadas de un bajo control sobre sus procesos de trabajo, experimentan distrés laboral. El apoyo social actúa como moderador de dicha tensión; por lo tanto, cuando este se percibe negativamente, el riesgo para la salud del trabajador se incrementa.

En tanto, el modelo de Siegrist (esfuerzo-recompensa) incluye dos variables principales: el esfuerzo y las recompensas. El esfuerzo considera la cantidad de tareas, el ritmo en que se desempeñan y las interrupciones sufridas durante el trabajo. Las recompensas incluyen variables relativas a la estima, la promoción en el trabajo y la seguridad/ estabilidad del empleo. Ambas variables entran en juego con una tercera variable, el sobrecompromiso (patrón personal específico de afrontamiento e implicación con el trabajo). Siegrist (1996) define tensión laboral como el producto de un desbalance entre el esfuerzo y el compromiso del trabajador y las compensaciones que percibe, tanto monetarias como no monetarias.

La difusión de estos dos modelos tiene como consecuencia que la dimensión psicosocial del trabajo suele ser identificada con lo que miden los instrumentos originados por estos enfoques, al estrechar artificialmente su complejidad. Además, permitió ordenar la investigación sobre factores psicosociales y realizar análisis comparativos.

Factores psicosociales y depresión

La mayoría de los estudios realizados sobre la salud mental y el trabajo son de carácter transversal, lo que genera problemas al interpretar sus resultados, por la simultaneidad con que se miden las variables. Sin embargo, en el último tiempo, como lo muestran las revisiones y el metanálisis que más abajo se exponen, han aumentado los estudios longitudinales que, a través de mediciones repetidas, posibilitan un seguimiento de grupos de la población en el tiempo (cohortes). Además, ha mejorado el control de variables intervinientes, que potencialmente pueden confundir las asociaciones, trátase de rasgos de personalidad, nivel socioeconómico u otras. Hoy, se cuenta con más de una veintena de estudios longitudinales y una parte de ellas ha sido sistematizado en revisiones anteriores:

Tennant (2001) refiere varios estudios realizados en distintas ocupaciones en la década de los años 1990: En una cohorte de obreros japoneses la falta de control, trabajos “inadecuados” y pobres relaciones humanas resultaron predictores significativos de depresión (*Zung Scale*, Zung, 1965). Para las dos últimas variables se realizó un estudio caso-control al utilizar el diagnóstico médico que refrendó los hallazgos anteriores. Otra investigación con obreros mostró que el ruido ambiental (en sujetos vulnerables) predijo mayor frecuencia de depresión. En una cohorte de funcionarios públicos ingleses, el Modelo Demanda-Control explicó la aparición de la depresión (*General Health Questionnaire*, GHQ, Goldberg y Williams, 1988), incluso por encima de las diferencias de clase social. En una cohorte de ejecutivos, la ambigüedad del rol y la carga de trabajo fueron predictores significativos de sintomatología depresiva. En profesores en práctica, las demandas del trabajo así como el pobre soporte social predijeron la depresión (GHQ), lo mismo ocurrió en médicos residentes de urgencia. En suma, concluye la revisión de Tennant, aun cuando la proporción de la varianza explicada por estrés laboral para la depresión osciló entre 10% y 50%, la carga de trabajo y el medio social (conflictos interpersonales y soporte social pobre) fueron predictores consistentes de ánimo depresivo en ocupaciones de distinto tipo.

La revisión realizada por Sanderson & Andrews (2006), también en los años 1990, incluyó cuatro estudios de cohortes en Europa y Canadá, en los cuales el Modelo Demanda-Control predijo la aparición de nuevos casos de depresión evaluados a través de entrevistas estructuradas (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI de la OMS; Kessler y Üstün, 2004) o a través de escalas (GHQ y *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale*, CES-D, Radloff, 1977) con *odds ratio*¹ (OR) que varían entre 1.24 y 1.43. En esos estudios, se encontraron OR cercanos a 2.0 al evaluar la capacidad predictiva de conflictos con el supervisor o la inseguridad laboral. Uno de dichos estudios realizados con funcionarios públicos ingleses utilizó adicionalmente el Modelo Esfuerzo-Recompensa que resultó ser un valioso predictor de la depresión (OR = 2.57). La revisión incluyó un estudio que consideraba la variable “justicia organizacional” -que progresivamente ha ocupado un lugar destacado en las nuevas investigaciones sobre los riesgos psicosociales-, que resultó también ser un factor predictor significativo para la depresión (GHQ), especialmente en el caso de una percibida baja justicia procedimental (rectitud y participación en los procesos de toma de decisiones), sobre todo para los hombres (OR = 2.13). Sanderson & Andrews citan dos estudios poblacionales en los que el sobrempleo y el subempleo aparecieron asociados significativamente con la incidencia de nuevos casos de depresión (CES-D).

¹ El *odds ratio* (OR) traducido del inglés como razón de probabilidades es una medida de tamaño de efecto utilizada en la investigación médica y corresponde al cociente de dos razones: el numerador es la razón entre la probabilidad de que un evento suceda y la probabilidad de que no suceda bajo ciertas condiciones y el denominador es la razón entre la probabilidad de que dicho evento suceda y la probabilidad de que no suceda bajo las condiciones complementarias. Por lo tanto, si el OR = 1, no hay diferencias en la probabilidad de ocurrencia de la variable estudiada entre los grupos que se comparan. Si el resultado es mayor a 1 se supone un riesgo incrementado para el grupo de interés (los así llamados “expuestos”) y si el resultado es negativo, en cambio, supone un efecto de protección del factor de exposición.

Siegrist (2008) revisó once estudios prospectivos en poblaciones diferentes (algunos de los cuales fueron también recopilados en la revisión anterior), que utilizaron los Modelos Demanda-Control y Esfuerzo-Recompensa. Al medir tensión laboral, desde la perspectiva del Modelo Demanda-Control, obtuvo en todos los casos OR positivos y significativos que oscilaron entre 1.4 y 1.5 para la depresión diagnosticada por profesionales, y OR de 1.9 a 3.4 para sintomatología depresiva detectada a través de cuestionarios (CES-D, GHQ y *Symptom Checklist* 90, SCL-90, Derogatis & Savitz, 2000). Sin embargo, el uso de algunos componentes simples de este modelo resultó en una capacidad predictiva más dudosa. El Modelo Esfuerzo-Recompensa mostró una asociación similar con la depresión diagnosticada por un clínico (OR de 1.5 a 1.6) y más fuerte para la sintomatología depresiva evaluada a través de cuestionarios (OR de 1.9 a 4.6).

En una acuciosa revisión publicada en el año 2008, Bonde seleccionó 16 estudios prospectivos metodológicamente sólidos y medidos por medio del riesgo relativo² (RR). En dicha revisión aparecieron como variables significativas (a) la demanda laboral ($RR_{promedio} = 1.31$), (b) el control sobre los procesos de trabajo ($RR_{promedio} = 1.2$) y (c) el apoyo social ($RR_{promedio} = 1.44$). Es interesante que, según el investigador, no se observaron diferencias significativas entre la depresión evaluada clínicamente y a través de cuestionarios. También, destaca el aumento del riesgo estimado en casos expuestos a injusticia organizacional (OR = 1.4) y al acoso laboral (OR = 2.3).

El metanálisis publicado por Standfeld y Candy (2006), quienes, a partir de una recopilación de 50 artículos, llegaron a seleccionar once reportes adecuados para un estudio de este tipo donde identificaron siete variables críticas que representaron riesgo para una serie de trastornos mentales comunes: baja utilización de habilidades personales ($OR_{resumen} = 1.21$), escaso control sobre el proceso de trabajo ($OR_{resumen} = 1.23$), alta demanda psicológica ($OR_{resumen} = 1.39$), bajo soporte social ($OR_{resumen} = 1.32$), tensión laboral, definida como la combinación entre alta demanda, bajo control y pobre apoyo social ($OR_{resumen} = 1.82$), desbalance esfuerzo-recompensa ($OR_{resumen} = 1.84$) e inseguridad laboral ($OR_{resumen} = 1.33$). El artículo concluye con el hecho de que existe evidencia acumulada vigorosa sobre los efectos causales de ciertos factores psicológicos y sociales del trabajo en la salud mental y que dichos efectos son diferentes en hombres y mujeres.

Método

El presente artículo se realizó con base en una revisión sistemática de estudios de cohorte prospectivos, que incluyeron factores psicosociales laborales como exposición³ y depresión como desenlace. La búsqueda se focalizó en *PubMed* (*US National Library of Medicine, National Insti-*

² A diferencia del OR, el RR (riesgo relativo) es una razón simple que estima la magnitud de la asociación entre el factor de exposición y la variable de interés e indica cuánto más proclive a desarrollar el efecto es el grupo de sujetos expuestos en relación con el grupo no expuesto. Se interpreta de manera similar al OR.

³ El término se utiliza en los estudios epidemiológicos al aludir a la variable que precede un desenlace de salud o *outcome*, equivalente a variable dependiente e independiente.

tutes of Health, <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>) y consideró artículos originales (reportes de investigación) publicados entre enero de 2000 y marzo de 2010. Los términos de referencia utilizados fueron: “estrés laboral”, “*work stress*”, “*job strain*”, “riesgos psicosociales”, “*psychosocial risks*”, “depresión”, “*depression*”, “*prospective*” (study) y “*longitudinal*” (study).

Los criterios de inclusión fueron estudios de cohorte longitudinales prospectivos, que reportaron sus resultados a través del riesgo relativo (RR) o el *odds ratio* (OR). La selección incluyó ninguna opción por un modelo teórico ni por alguna variable en particular. Fueron excluidos los artículos que referenciamos en la introducción en las revisiones anteriores. A partir de estos criterios, seleccionamos un total de ocho estudios⁴ (véase tabla 1).

Tabla 1

Estudios de cohorte seleccionados: procedencia, muestra y seguimiento

Autor / año	Procedencia		Muestra		Seguimiento		
	País	Muestra	Ocupación	Tamaño/ Género	Edad	Duración (años)	Adherencia (%)
Griffin, Fuhrer, Stansfeld & Marmot (2002)	Gran Bretaña	Servicios gubernamentales	Directivos Profesionales Administrativos Operarios	M: 5170 F: 2303	35-55	4	73%
Michélsen & Bildt (2003)	Suecia	Población general	Administrativos Operarios	M: 177 F: 190	42-58	24	60%
Wang (2005)	Canadá	Población general	Directivos Profesionales Administrativos Operarios	6663	41	4	93,6%
Shields (2006)	Canadá	Población general	Ejecutivos Profesionales Administrativos Agricultores Operarios	M: 6268 F: 6148	18-75	2	80,6%
Ferrie et al. (2006)	Gran Bretaña	Servicios gubernamentales	Directivos Profesionales Administrativos	M: 6895 F: 3143	42,9	4	73%
Wang, Schmitz, Dewa & Stansfeld (2009)	Canadá	Población general	—	M: 2633 F: 2233	18-74	15	—
Stoetzer et al. (2009)	Suecia	Población general	—	M: 1775 F: 2265	20-64	3	84%
Clumeck et al. (2009)	Bélgica	11 compañías, sector secundario y terciario	Ejecutivos Administrativos Operarios	M: 6103 F: 2447	35-59	3	48%

Nota: M = masculino, F = femenino

⁴ El escaso número de investigaciones de este tipo se relaciona con que se trata de estudios de gran tamaño, complejos y, por lo tanto, económicamente muy costosos y difíciles de realizar.

Resultados

De los ocho estudios seleccionados, cinco fueron realizados en Europa y tres, en Canadá. Cinco fueron realizados en la población general, dos correspondieron a la cohorte *Whitehall II*⁵ (Marmot et al., 1991) de trabajadores del sector público inglés y uno incluyó trabajadores solo del sector privado. El tamaño de las cohortes varía entre 367 y 10,039 sujetos.

Respecto al proceso de evaluación de riesgos psicosociales, todos los estudios utilizaron cuestionarios de autorreporte con medidas multiítem. Para detectar la depresión, siete estudios utilizaron instrumentos de autoaplicación y uno la entrevista estructurada. Todos los estudios fueron mixtos y realizaron análisis en los que se excluyeron los casos de depresión en la línea base (ver tablas 2 y 3).

En primer lugar, el estudio de Griffin, Fuhrer, Stansfeld & Marmot (2002) evaluó el impacto de la percepción de control sobre las situaciones que ocurren tanto en el hogar como en el trabajo. Los investigadores encontraron que hombres y mujeres con bajo control en el hogar presentaron mayor sintomatología depresiva (OR = 1.71 y 2.02, respectivamente). Otro factor de riesgo de depresión en hombres fue el hecho de tener personas a su cargo en el hogar (OR = 1.59), lo que no ocurrió en las mujeres. El riesgo de depresión asociado al bajo control en el hogar se agudizó a medida que se descendió en la escala de posición social: en mujeres, desde la posición intermedia a la baja (OR = 1.82 a 4.4) y en hombres de la posición alta a la intermedia (OR = 1.71 a 2.22). Por su parte, el bajo control en el trabajo revistió riesgo de depresión para hombres solo de posiciones sociales altas (OR = 1.29) e intermedias (OR = 1.76) y para mujeres solo de posiciones sociales intermedias (OR = 1.60).

Michélsen & Bildt (2003) estudiaron el Modelo Demanda-Control junto con las variables *condiciones de trabajo* (tipo de jornada, trabajo de noche y turnos) y *uso del tiempo libre*. Las únicas variables significativas asociadas a nuevos casos de depresión fueron extralaborales: entre las mujeres, la insatisfacción con los contactos sociales (RR = 4.09) y en hombres los escasos contactos sociales (RR = 4.39) aumentaron cuatro veces el riesgo relativo de depresión. Resultó relevante que en mujeres el sobretiempo de trabajo fue una variable asociada al aumento del riesgo de consumo de alcohol, mientras para los hombres la insatisfacción con las actividades de ocio fue un factor de riesgo en esta variable.

Wang (2005) estudió la relación entre los niveles de estrés en el trabajo (alta demanda y bajo control) y la prevalencia de depresión mayor. Encontró que los sujetos que presentaron alto estrés mostraron un riesgo más elevado de depresión comparado con los que reportaron niveles de estrés

⁵ El estudio *Whitehall* original es el más famoso a nivel longitudinal al incorporar los determinantes sociales de la salud en trabajadores; además, encontró fuertes asociaciones entre los niveles ocupacionales de los empleados públicos y las tasas de mortalidad derivadas de diversas causas. También, demostró que la gradiente social, aun en países desarrollados, se asocia claramente con morbilidad y mortalidad.

bajo o medio ($OR = 2.35$). Además, encontró que el bajo nivel educativo, el número de enfermedades crónicas, los eventos traumáticos de la infancia y el uso de los servicios de salud mental fueron predictores significativos de aumento en los puntajes de depresión.

Shields (2006) probó el Modelo Demanda-Control junto con estrés general y encontró que hombres y mujeres en trabajos con alta tensión (alta demanda y bajo control) tuvieron significativamente mayores tasas de depresión ($OR = 3.3$). En las mujeres, bajo soporte social de compañeros de trabajo ($OR = 1.8$) y alto estrés cotidiano ($OR = 2.0$) se relacionaron con la aparición de depresión.

Ferrie, Head, Shipley, Vahtera, Marmot & Kivimäki (2006) estudiaron los efectos de la justicia organizacional y utilizaron como medidas de control los Modelos Demanda-Control y Esfuerzo-Recompensa. Reportaron que la baja justicia relacional (percepción de trato sesgado negativamente por parte de los supervisores) fue un buen predictor independiente del aumento de la sintomatología depresiva tres y seis años después ($OR = 1.43$) solo en hombres. Lo interesante fue que cambios positivos en la percepción de justicia relacional se asociaron con una reducción inmediata del riesgo de morbilidad psiquiátrica, mientras que los cambios adversos implicaron un aumento de este riesgo.

Wang, Schmitz, Dewa & Stansfeld (2009) analizaron los efectos observados en sujetos que experimentaron cambios en la percepción de tensión psíquica asociada al trabajo. Encontraron que, quienes reportaron una tensión laboral persistentemente elevada, fueron 1,52 veces más propensos a desarrollar episodios de depresión mayor que su grupo de referencia. Quienes reportaron un incremento en la tensión laboral de una medición a otra fueron 1,6 veces más propensos a desarrollar episodios depresivos que los que informaron persistentemente baja tensión, lo cual avala los resultados de Ferrie et al. (2006).

Stoetzer et al. (2009) centraron su investigación en las relaciones sociales en el trabajo y concluyeron que las relaciones interpersonales problemáticas en el trabajo, como bajo soporte social ($OR = 1.5$), conflictos graves en el trabajo ($OR = 1.4$), exclusión por parte de los superiores ($OR = 1.6$) y de los compañeros ($OR = 1.7$) aumentaron en alrededor una vez y media el riesgo de aparición de un cuadro depresivo.

Clumeck et al. (2009) estudiaron la relación entre tensión laboral (alta demanda, bajo control y bajo soporte social) y licencias médicas de larga duración debido a depresión. Los puestos de trabajo “pasivos” (baja demanda y bajo control) y los trabajos de “alta tensión psíquica” (alta demanda y bajo control) fueron asociados con depresión ligada al ausentismo laboral solo en hombres ($OR = 2.67$ y $OR = 3.23$, respectivamente). Como variable independiente, el bajo control fue un predictor significativo de ausentismo por depresión, tanto en hombres ($OR = 2.43$) como en mujeres ($OR = 2.21$).

En suma, estas investigaciones muestran que las variables sociales, tanto laborales como extralaborales, inciden significativamente en la probabilidad de presentar un cuadro depresivo.

Particularmente, reafirman la tesis que tanto la cantidad como la calidad de las redes sociales son un predictor relevante de salud mental (House, Landis & Umberson, 1988). Reafirmaron, también, que las personas cuyos puestos de trabajo combinaron una alta demanda laboral con un nivel bajo de control sobre la tarea y el ritmo de trabajo presentaron tasas más elevadas de depresión (entre dos a tres veces más) que aquellas que no presentaron en esa condición. A través de la investigación sobre los riesgos laborales, vuelve a cobrar vigencia la hipótesis sobre el origen social de la depresión propuesto hace más de tres décadas por Brown & Harris (1978), que fue un gran impulso en su tiempo para la Psicología comunitaria.

Tabla 2
Exposición y resultados, variables e instrumentos

Autor / año	Exposición		Resultado	
	Variables	Instrumentos	Variables	Instrumentos
Griffin et al. (2002)	Modelo Demanda-Control Control en el hogar	JCQ Karasek Escala propia	Depresión Ansiedad	Subescalas depresión y ansiedad GHQ 30
Michélsen & Bildt (2003)	Modelo Demanda-Control Condiciones de trabajo Uso del tiempo libre	Escala propia	Depresión Abuso de alcohol Morbilidad psiquiátrica	Entrevista estructurada GHQ 12
Wang (2005)	Modelo Demanda-Control	JCQ Karasek abreviado	Depresión	CIDI - SFMD
Shields (2006)	Modelo Demanda-Control Soporte social Estrés general	JCQ Karasek abreviado Escala propia	Depresión	WMH - CIDI
Ferrie et al. (2006)	Modelo Demanda-Control Soporte social Modelo Esfuerzo-Recompensa Justicia organizacional	JCQ Karasek Proxy ERI test Proxy Moorman	Depresión Trastornos ansiosos Somatización	GHQ 30
Wang et al. (2009)	Modelo Demanda-Control Soporte social	JCQ Karasek abreviado	Depresión mayor	CIDI - SFMD
Stoetzer et al. (2009)	Relaciones interpersonales en el trabajo	Subescala JCQ Karasek	Depresión mayor	MDI
Clumeck et al. (2009)	Modelo Demanda-Control Soporte social	JCQ Karasek	Ausentismo por depresión	CESD Scale Registros de licencias médicas

Nota: CESD = *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale* (Radloff, 1977); CIDI = *Composite International Diagnostic Interview* (Kessler y Üstün, 2004); GHQ 12 = *12-Item General Health Questionnaire* (Goldberg y Williams, 1988); GHQ 30 = *30-Item General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972); JCQ = *Job Content Questionnaire* (Karasek et al. (1998); MDI = *Major Depression Inventory* (Bech, Rasmussen, Olsen, Noerholm & Abildgaard, 2001); *Proxy ERI test* (Siegrist, Wege, Puhhofer & Wahrendorf, 2009); *Proxy Moorman* (Moorman, 1991); SFMD = *Short Form for Major Depression* (Ware & Sherbourne, 1992); WMH = *World Mental Health Survey* (Kessler & Üstün, 2004).

Tabla 3

Estimadores de las asociaciones entre exposición al riesgo psicosocial y sintomatología depresiva

Autor/ año	Variable exposición (independiente)	95% IC	Ajustado por
Griffin et al. (2002)	Cuidado de personas. Bajo control trabajo, alta posición social. Bajo control trabajo, posición social media. Bajo control trabajo, posición social media. Bajo control en el hogar.	OR = 1.59 (1.16-2.18) † OR = 1.29 (1.03-1.62) † OR = 1.76 (1.39-2.23) † OR = 1.60 (1.16-2.21) ‡ OR = 1.71 (1.26-2.31) † OR = 2.02 (1.12-3.64) ‡	Estatus marital, número de hijos, cuidado de personas, control en el trabajo, control en el hogar.
Michélsen & Bildt (2003)	Mala calidad de contactos sociales. Baja cantidad de contactos sociales.	RR = 4.09 (2.07-8.06) † RR = 4.39 (1.51-12.7) ‡	Género, edad.
Wang (2005)	Alta demanda, bajo control y bajo soporte.	OR = 2.35 (1.54-3.77) † ‡	Género, edad, estatus marital, ingreso familiar, educación, raza, número enfermedad crónica, eventos traumáticos, uso de servicios médicos.
Shields (2006)	Alta tensión psíquica. Alto estrés personal. Bajo soporte social de compañeros.	OR = 2.9 (1.5-5.4) † OR = 3.3 (1.8-6.1) † ‡ OR = 2.0 (1.5-2.7) ‡ OR = 1.8 (1.2-2.6) ‡	Empleo, horas de trabajo, trabajo por turnos, trabajo por cuenta propia, edad, estado civil, niños en el hogar, ingreso familiar, educación, consumo de alcohol o tabaco, bajo soporte social.
Ferrie et al. (2006)	Baja justicia relacional.	OR = 1.43 (1.11-1.84) †	Edad, categoría ocupacional, enfermedad física, demandas, control, soporte social y desbalance esfuerzo recompensa.
	Cambios adversos en la justicia relacional.	OR = 1.68 (1.26-2.24) ‡ OR = 1.59 (1.31-1.93) †	Categoría ocupacional Enfermedad física y justicia relacional.
Wang et al. (2009)	Alta tensión psíquica sin cambios. De baja a alta tensión psíquica.	OR = 1.52 (1.00-2.30) † ‡ OR = 1.60 (1.00-2.57) † ‡	Sexo, edad, educación, estatus de depresión en medidas previas, autopercepción de salud, eventos traumáticos en la infancia.
Stoetzer et al. (2009)	Bajo soporte social.	OR = 1.3 (1.0-1.8) ‡ OR = 2.2 (1.3-3.9) †	Edad, conflictos en la infancia, situación financiera, sin amigos o pareja; eventos personales estresantes, demandas en el trabajo, uso de habilidades, latitud de decisión, educación y depresión.
	Serios conflictos en el trabajo.	OR = 1.4 (1.1-1.9) † ‡ OR = 1.4 (0.9-1.9) ‡	
	Exclusión de superiores (bajo soporte social).	OR = 1.6 (1.1-2.2) ‡ OR = 2.2 (1.3-3.7) †	
	Exclusión de compañeros (bajo soporte social).	OR = 1.7 (1.2-2.3) † ‡ OR = 1.7 (1.2-2.3) ‡	
Clumeck et al. (2009)	Trabajo pasivo. Alta tensión. Bajo control.	OR = 2.67 (1.15-6.19) † OR = 3.23 (1.40-7.43) † OR = 2.43 (1.27-4.66) † OR = 2.21 (1.05-4.68) ‡	Edad, situación de vida, ISCO y CESD a la base.

Nota: † = Hombres, ‡ = Mujeres; CESD = *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale* (Radloff, 1977); IC = Intervalos de confianza; ISCO = *International Standard Classification of Occupations* (International Labour Organization); OR = frecuencias anómalas (*odds ratio*).

Discusión

La revisión de los ocho estudios precedentes complementa los más de 40 estudios citados en revisiones anteriores (Sanderson & Andrews, 2006; Standfeld & Candy, 2006; Siegrist, 2008; Bonde 2008), lo cual significa un acopio considerable de evidencia sobre el efecto de las condiciones laborales en la salud mental.

Si bien, el trabajo en sí ha estado relativamente ajeno a la discusión sobre la etiología de los trastornos mentales. Esta revisión reafirma la tendencia que muestra la investigación desde hace un par de décadas, que la organización del trabajo, así como las relaciones humanas al interior de los espacios laborales, actúan como predictores significativos de futuros episodios de depresión. Más interesante aun es que cambios positivos en la percepción de estos aspectos psicosociales del trabajo pueden actuar como factores protectores, lo que indudablemente es muy relevante para pensar en estrategias de intervención.

No obstante lo anterior, es importante notar que el poder predictivo de las distintas variables reseñadas cambia en distintos contextos: no es el mismo para ambos sexos, ni para sujetos provenientes de distintos estratos socioeconómicos. Se relaciona con el tipo de variable estudiada; se trata de percepciones que, a fin de cuentas, representan un contraste de expectativas, por lo que son altamente dependientes de los significados culturales y personales del trabajo (Xie, Schaubroeck & Lam, 2008). Por lo anterior, la relativa homogeneidad de las poblaciones estudiadas y la falta de representación de trabajadores de países en vías de desarrollo es una limitación importante de la investigación en este campo. En América Latina, sin embargo, aun cuando no existen estudios longitudinales, hay mediciones que tienden a confirmar los hallazgos internacionales (Araújo y Karasek, 2008; Ansoleaga, Vézina y Montaña, en prensa).

Además, existe evidencia sólida de otras variables que aumentan significativamente el riesgo de problemas mentales como son la violencia en el trabajo (Brousse et al., 2008 y Wieclaw, Agerbo, Mortensen, Burr, Tüchsen y Bonde, 2006) o la exposición a sucesos traumáticos (Fullerton, Ursano & Wang, 2004). Por lo tanto, los modelos y los factores que predominan hoy en la investigación no son los únicos que predicen la aparición de trastornos psicológicos vinculados al trabajo.

Todo lo anterior exige a la Psicología clínica y de la salud a complejizar los actuales modelos predictivos de la depresión, considerar de manera más decidida los elementos potencialmente patógenos del trabajo y examinar la interacción de los riesgos laborales con variables extralaborales. Sobre todo, se plantea la necesidad de un desarrollo teórico que permita mejorar los enfoques comprensivos del fenómeno depresivo y explicar cómo finalmente se asocia a ciertas condiciones de trabajo. La evidencia disponible, así como la creciente prevalencia de trastornos mentales en América Latina, exigen mejoras en la formación de psicólogos organizacionales, médicos del trabajo y prevencionistas de riesgos del trabajo. Por último, resulta necesario revisar los marcos regulatorios y la legislación de seguridad y salud laboral. Como lo plantea Gil-Monte (2010), ello debería significar un desarrollo sustancial de la Psicología de salud ocupacional en los próximos años, lo que

significa oportunidades profesionales y académicas para los psicólogos en distintas latitudes.

Referencias

- Ansoleaga, E., Vézina, M. & Montaña, R. (2013). Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 107-118. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00107.pdf>
- Ansoleaga, E. & Valenzuela, E. (2013). Salud mental y derechos humanos: la salud de segunda categoría. En Centro de Derechos Humanos udp, Facultad de Derecho (Ed.) *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile*. Santiago, Chile: Editorial Universidad Diego Portales. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.udp.cl/informe-anual-2013/>
- Araújo de, T. M. & Karasek, R. (2008). Validity and reliability of the Job Content Questionnaire in formal and informal jobs in Brazil. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 34(6), 52-59.
- Bech, P., Rasmussen, N. A., Olsen, L. R., Noerholm, V. & Abildgaard, W. (oct, 2001). The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 159-164. PMID: 11578668
- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 438-445. doi:10.1136/oem.2007.038430
- Brousse, G., Fontana, L., Ouchchane, L., Boisson, C., Gerbaud, L., Bourguet, D., ... y Chamoux, A. (2008). Psychopathological features of a patient population of targets of workplace bullying. *Occupational Medicine*, 58(2), 122-28. doi: 10.1093/occmed/kqm148
- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. London, UK: Tavistock.
- Clumeck, N., Kempenaers, C., Godin, I., Dramaix, M., Kornitzer, M., Linkowski, P. y Kittel, F. (2009). Working conditions predict incidence of long-term spells of sick leave due to depression: results from the Belstress I prospective study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63, 286-292. doi:10.1136/jech.2008.079384
- Derogatis, L. R. & Spitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Settings* (pp. 297-334). Mahwah, EE.UU.: Lawrence Erlbaum.
- Ferrie, J. E., Head, J., Shipley, M., Vahtera, J., Marmot, M. & Kivimäki, M. (2006). Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity: the Whitehall II study. *Occupational & Environmental Medicine*, 63, 443-450. doi:10.1136/oem.2005.022269
- Fullerton, C., Ursano, R. & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1370-1376. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1370
- Gil-Monte, P. R. (set-dic, 2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la Psicología de la salud ocupacional. *Informació Psicològica*, 100, 68-83.
- Griffin, J. M., Fuhrer, R., Stansfeld, S. A. & Marmot, M. (mar, 2002). The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Social Science & Medicine*, 54(5), 783-798. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00109-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00109-5)
- Goldberg, D. P. y Williams P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Berkshire, UK: NFER-NELSON.

-
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- House, J., Landis, K. & Umberson, D. (jul, 1988). Social relationship and health. *Science*, 241(4865), 540-545. doi: 10.1126/science.3399889
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. & Amick, B. (oct, 1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. doi: 10.1037/1076-8998.3.4.322
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, EE.UU.: Basic Books.
- Kessler R. C. y Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *The International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 229-240. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28084.pdf>
- Marmot, M.G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... Davey Smith, G. (jun, 1991), Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387-1393, (originalmente publicado como Vol. 1, N.º 8754). [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K)
- Michélsen, H. & Bildt, C. (2003). Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological wellbeing, heavy consumption of alcohol. *Occupational & Environmental Medicine*, 60, 489-96. doi:10.1136/oem.60.7.489
- Moorman, R. (dec, 1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*, 76(6), 845-855. doi: 10.1037/0021-9010.76.6.845
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498-1504. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07492-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07492-2)
- Organización Internacional del Trabajo/ Organización Mundial de la Salud (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia, prevención* [Serie Seguridad, higiene y medicina del trabajo, N.º 56]. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCs/FACTORES_Texto.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *WHO AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington D.C., EE.UU.: Autor.
- Radloff, L. S. (jun, 1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1(3), 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Sanderson, K. & Andrews, G. (febr, 2006). Common mental disorders in the workforce: recent finding from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 63-75.
- Shields, M. (2006). Stress and depression in the employed population. *Health Reports*, 17(4), 11-29. Recuperado de <http://www.statcan.gc.ca/ads-annonces/82-003-x/pdf/4194128-eng.pdf>
- Siegrist, J. (jan, 1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41. doi:10.1037/1076-8998.1.1.27
-

- Siegrist, J. (2008). Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: Evidence from prospective studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(Suppl. 5), 115-19.
- Siegrist, J., Wege, N., Pühlhofer, F. y Wahrendorf, M. (2009). A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health*, 82(8), 1005-1013.
- Standfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health. A Meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443-62.
- Stoetzer, U., Ahlberg, G., Johansson, G., Bergman, P., Hallsten, L., Forsell, Y. & Lundberg, I. (2009). Problematic interpersonal relationships at work and depression: A Swedish prospective cohort study. *Journal of Occupational Health*, 51(2), 144-151. <http://dx.doi.org/10.1539/joh.L8134>
- Tennant, C. (nov, 2001). Work related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 697-704.
- Wang, J. (jun, 2005). Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychological Medicine*, 35(6), 865-871. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291704003241>
- Wang, J., Schmitz, N., Dewa, C. & Stansfeld, S. (2009). Changes in Perceived Job Strain and the Risk of Major Depression: Results From a Population-based Longitudinal Study. *American Journal of Epidemiology*, 169(9), 1085-1091. doi: 10.1093/aje/kwp037
- Ware, J. E., Jr. & Sherbourne, C. D. (jun, 1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P., Burr, H., Tüchsen, F. y Bonde, J. P. (2006). Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 771-775. doi:10.1136/jech.2005.042986
- Xie, J. L., Schaubroeck, J. & Lam, S. S. K. (jul, 2008). Theories of job stress and the role of traditional values: A longitudinal study in China. *Journal of Applied Psychology*, 93(4), 831-848. doi: 10.1037/0021-9010.93.4.831
- Zung, W. W. K. (jan, 1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63-70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

Recibido 05 de septiembre de 2013

Revisión recibida 27 de noviembre de 2013

Aceptado 28 de enero de 2014

Reseña de la autora y del autor

Elisa Ansoleaga Moreno es psicóloga, magíster en Gestión y Políticas Públicas y doctora en Salud Pública de la Universidad de Chile. Se desempeña como investigadora del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo en la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales, Chile.

Gonzalo Miranda-Hiriart es psicólogo, magíster en Psicología clínica y doctor en Salud Pública. Se desempeña como académico de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Silva Henríquez, Chile.

Disponible en línea: 30 de mayo de 2014