

# «ESTUDIO MEDICO-DESCRIPTIVO DE LA DEPRESION EN EL AMBITO LABORAL»

Lourdes Pacheco Reyna / Pedro Jiménez Planas / Antonio de la Iglesia Huerta  
C.N.M.P. Sevilla - I.N.S.H.T.

## INTRODUCCIÓN

Desde 1908, en que se celebró el primer Congreso Internacional de Psicoanálisis en la ciudad de Salzburgo, han transcurrido más de ochenta años, pero ya en aquel evento se gestaron las bases para que Carl C. Jung, clasificase en 1912, a los tipos humanos en introvertidos y extrovertidos, clasificación derivada del estudio del comportamiento humano que jugaría más adelante un rol capital en el tema que nos ocupa.

Cuando posteriormente Sigmund Freud, publica su libro «Lecciones de introducción del Psicoanálisis», en 1932, se empieza a vislumbrar el nuevo giro que el catalán Emilio Mira López daría a la Psiquiatría española en 1936, basándose en su interés por la psicotécnica y la psicofisiología; orientación que le llevó a ser nombrado Director de la Liga Española de Higiene Mental en ese mismo año.

Esta pequeña introducción histórica es fundamental en nuestra opinión, pues cuanto hablemos al final de este artículo sobre los aspectos preventivos de la Depresión, lo estaremos haciendo desde el amplio e interesante capítulo que constituye hoy la Higiene Mental.

Sigmund Freud muere en Londres en 1939 a la edad de ochenta y tres años y tras una larga vida dedicada al psicoanálisis y a profundizar en los problemas de la neuropatología, parece legarnos una plaga contra la que nuestra civilización tendrá que seguir luchando en esta nueva década que acaba de comenzar ya en los albores del siglo XXI.

En el sentir de Juan Antonio Vallejo-Nájera, las depresiones se han extendido, como un río que se desborda, por la sociedad contemporánea.

Si tras la alarma de los años cincuenta por la explosión demográfica, llevó a llamar a esos años la década de la angustia; las décadas de los setenta y ochenta constituyen el cuarto de siglo de la depresión. El hombre y la mujer de hoy en un gran porcentaje y muy especialmente, en lo que a nosotros respecta, el trabajador, se encuentra frustrado, marginado y alienado, y en ocasiones refiere que «la sociedad lo rechaza».

Desde un punto de vista epidemiológico los trastornos depresivos constituyen un cuadro clínico muy frecuente en la práctica médica diaria. En la actualidad su incidencia tiende a aumentar tal como demuestran los estudios efectuados en distintos países.

La mayor incidencia de los trastornos depresivos, especialmente en lo que respecta a los de origen ambiental o social, se ha correlacionado con la creciente tecnificación que conlleva la vida moderna y con los aspectos negativos de la excesiva urbanización a los que tienen que enfrentarse los habitantes de los grandes núcleos de población.

Se estima su prevalencia en un 3-5%, lo que significaría que de 120 a 150 millones de personas sufren este padecimiento. Si consideramos los sujetos en edad adulta, dicha prevalencia pasaría a ser de un 10% de la población.

La Depresión es una enfermedad real, con bases etiológicas cada vez más contrastadas y conocidas, ya que se trata de alteraciones que mejoran y remiten con tratamientos biológicos en gran proporción. Según algunos estudios Epidemiológicos, puede afirmarse que sólo el 1,5% de las Depresiones va al médico general y únicamente un 0,2 % al psiquiatra. Entre los pacientes que acuden al médico general, el 10-20% sufren trastornos depresivos como entidad primaria y de entre los pacientes que acuden al psiquiatra el 50-60% son depresivos.

Se ha comprobado tanto en las depresiones menores como en las unipolares una relación de 2:1 de mujeres sobre hombres, no así en las bipolares en los que la proporción es muy semejante, argumentándose razones del tipo de: estrés, socio culturales, cambio neuro-endocrinos, así como al rol social.

Nosotros, a raíz de la elevada prevalencia que presenta la Depresión en la edad adulta y en consonancia con la problemática socio-laboral que parece implicada en su etiología, hemos creído interesante llevar a cabo un primer estudio médico-descriptivo sobre trabajadores presumiblemente «afectos» y aportar nuestras conclusiones de cara a contribuir a la mejora de la salud, el bienestar y las condiciones de trabajo del trabajador desde nuestro constante prisma de la Prevención.

Este estudio preliminar, que servirá de base a otros de mayor contenido, no pretende ser relevante desde un punto de vista epidemiológico en cuanto a su capacidad de validez e inferencia, se trata tan solo de exponer una primera visión, estudio observacional, del problema.

## MATERIAL Y METODO

En nuestro estudio médico-descriptivo tratamos de investigar variables de tipo laboral y personal que estén o puedan estar relacionadas con el diagnóstico de Depresión y las teorías sobre esta enfermedad. En este sentido barajamos también la hipótesis de que la enfermedad psíquica se produce en un contexto socio-cultural y laboral que la condiciona o predetermina.

La muestra del estudio está constituida por el total de trabajadores que nos fue remitido por la Unidad de Valoración Médica de Incapacidades durante el año 1989, bajo el epígrafe alteración psíquica-trabajo. Dicha muestra, que consideramos no es representativa, habida cuenta de que no hemos profundizado en el total de expedientes presentados para la incapacidad en cuestión (dado que para este primer estudio no perseguíamos otros objetivos que los ya expuestos), fue de 155 trabajadores.

Basándonos en el criterio diagnóstico de depresión fueron excluidos del estudio 42 trabajadores que padecían además otra enfermedad psíquica, quedando reducida la muestra final a un total de 113 trabajadores. De esta forma evitamos otros sesgos de diagnóstico que pudieran influir en la relación trabajo-enfermedad.

El protocolo aplicado a la muestra objeto de nuestro estudio fue el siguiente:

1. Toma de datos personales.
2. Estudio de la enfermedad actual: inicio, tiempo y forma de evolución, psicopatología, enfermedades físicas concomitantes o anteriores y tratamientos realizados.
3. Antecedentes de otros cuadros psíquicos iguales o de otro tipo y de otras enfermedades.
4. Historia laboral: Tipos de trabajos que ha realizado, edad en que empezó a trabajar, períodos de baja laboral y causas que los motivaron.
5. Biografía: datos familiares de tipo cultural, social, laboral y de enfermedades; nivel cultural; datos de su cónyuge e hijos.
6. Analítica general de sangre y orina.
7. E.E.G.
8. Tests psicométricos y tests de personalidad (cuando se estimó necesario).

## RESULTADOS Y DISCUSION

### EDAD DE LA MUESTRA Y TIEMPO DE EVOLUCION

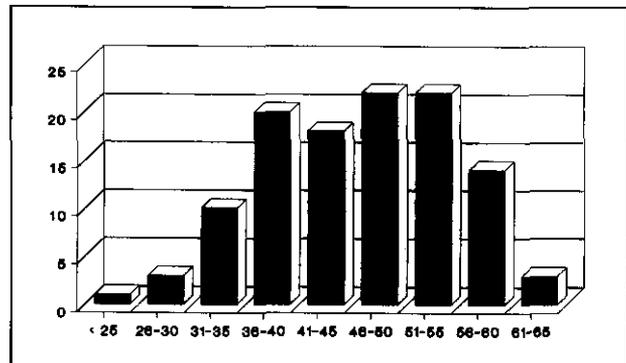
Como podemos apreciar en las figuras 1 y 2, la distribución de nuestra muestra, según la edad, se asemeja a una curva normal. Una hipotética curva normal de la población laboral mostraría una variabilidad desde 16 a 65 y una media teórica de 40,5. En tanto que la muestra presenta una variabilidad de 18 a 63, con una media de 45,93 y un sigma de 11,47 siendo la mediana de 47.

La curva bimodal en los 48 y 53 años, respectivamente superior a la media y mediana, nos indica que la aparición de los síntomas es un fenómeno tardío. La curva está claramente desplazada a la derecha.

Si bien aparecen las consultas a todas las edades, en mayores de 40 años se acumulan un 73% de los casos.

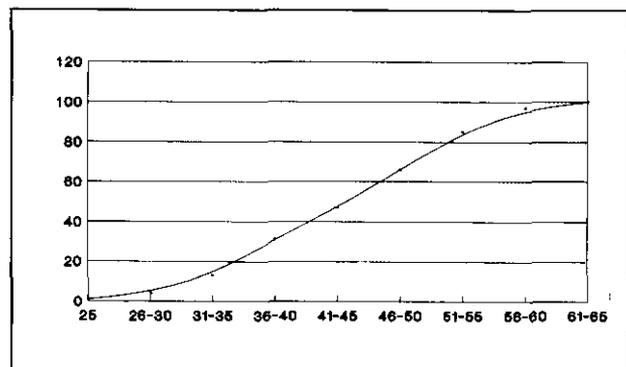
Si tenemos en cuenta que la edad de evolución prome-

**FIGURA 1**  
**EDAD DE LA MUESTRA**



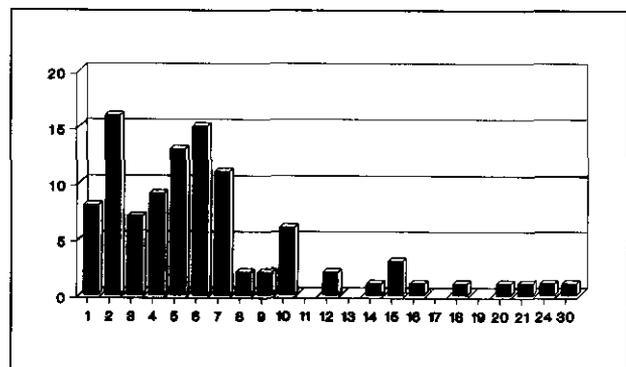
dio desde la aparición de los primeros síntomas es de 33,32 años, debemos establecer la prevención a partir de los 35. A partir de esta edad aparecen la casi totalidad de nuestra muestra (91%). (Figura 3, 4 y 5).

**FIGURA 2**  
**PORCENTAJE ACUMULADO**  
**DISTRIBUCION EDAD DE LA MUESTRA**

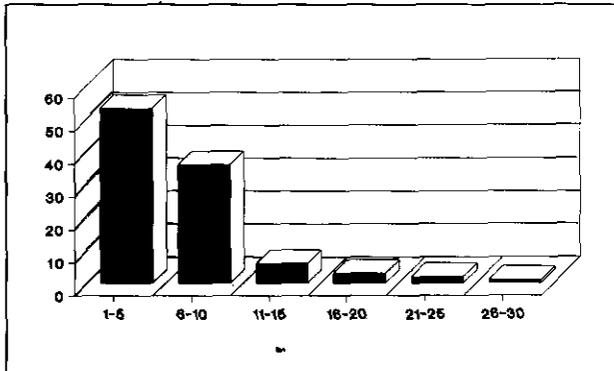


Una hipótesis explicativa de la aparición relativamente tardía de las consultas es la presión social negativa que esta sintomatología comporta. La repartición normal de la aparición del primer síntoma va en el sentido de esta hipótesis. Los síntomas están presentes antes de la consulta.

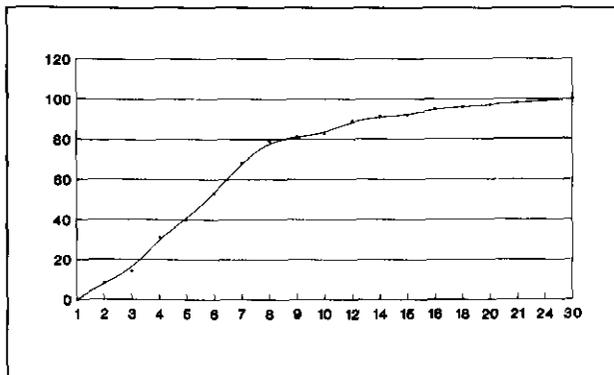
**FIGURA 3**  
**TIEMPO DE EVOLUCION EN AÑOS**



**FIGURA 4**  
TIEMPO DE EVOLUCION EN AÑOS

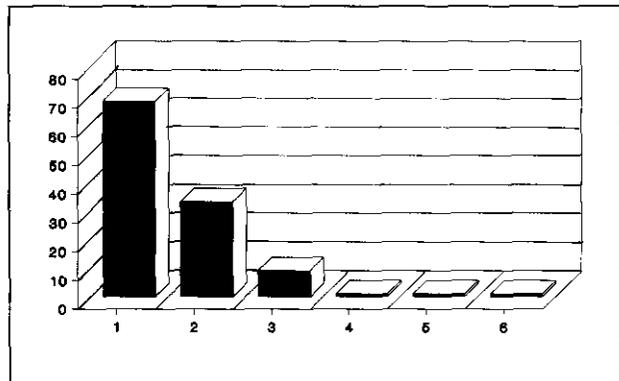


**FIGURA 5**  
TIEMPO DE EVOLUCION EN AÑOS

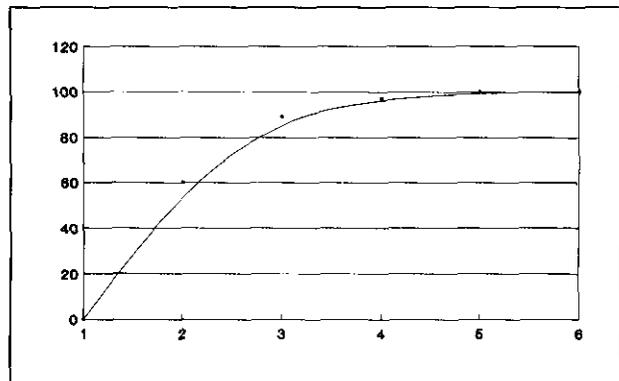


		HOMBRES %	MUJERES %
Distribución de la depresión	MUESTRA	53	47
Distribución de la Población Activa	Sevilla	74,62	25,38
	Andalucía	72,87	27,13
	España	69,46	30,54

**FIGURA 6**  
TIPO DE TRABAJO



**FIGURA 7**  
TIPO DE TRABAJO



## TIPO DE TRABAJO

Hemos clasificado los trabajos de los sujetos de nuestra muestra en orden creciente de cualificación:

1. Trabajo no cualificado.
2. Trabajo cualificado. Peones especialistas.
3. Profesionales de oficio. FP-1 o FP-2.\*
4. Mandos intermedios. Con o sin formación.
5. Titulados medios.
6. Titulados superiores.

El trabajo no profesionalizado representa casi un 90% de la muestra (Figuras 6 y 7). Estos datos no concuerdan con otros estudios que afirman que los trastornos psiquiátricos se reparten por todos los niveles socio-culturales. Por lo que estimamos que nuestra muestra posee un sesgo de autoselección o bien, y muy posiblemente, los sujetos más cualificados, y por tanto normalmente mejor remunerados, solicitan este tipo de estudios a través de centros o consultas privadas.

## DISTRIBUCION POR SEXO

Comparando nuestra muestra con un resumen de la población activa tenemos el siguiente cuadro:

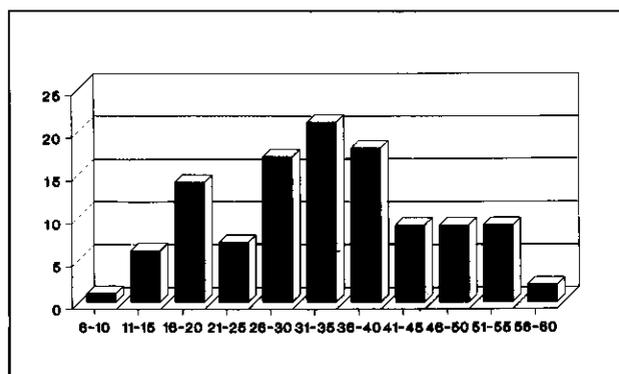
A todas luces es mayor nuestro porcentaje que el resto de la población. Por lo que deducimos claramente que la mujer trabajadora es más sensible a los trastornos depresivos que el hombre.

El reciente estudio epidemiológico sobre trabajadores de la Compañía Telefónica detecta un 3,8 de depresiones en hombres frente a 9,3% en mujeres, concluyendo que los puestos de trabajo de éstas son más monótonos.

## EDAD DE PRESENTACION DEL PRIMER SINTOMA

El promedio de la edad en la que se ha presentado el primer sintoma de la enfermedad es de 33,32 años (Figura 8).

**FIGURA 8**  
EDAD PRESENTACION PRIMER SINTOMA

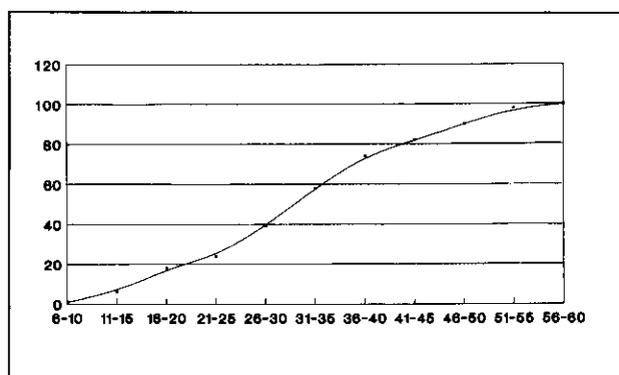


Correlacionando nuestros datos con un cuadro retrospectivo de las edades evolutivas tenemos lo siguiente:

Años	Fase	%
0-10	Infancia	1
11-15	Pubertad	5
16-20	Adolescencia	12
21-30	Juventud	21
31-50	Madurez	50
51-65	Presenectos	9

Creemos que el hecho de retrotraer la pregunta al primer sintoma —no vinculado directamente con la enfermedad— es el responsable de la distribución más normal de la gráfica. (Figura 9).

**FIGURA 9**  
EDAD PRESENTACION PRIMER SINTOMA



De todas formas un 70% de los síntomas comienzan en edad laboral, éste es el nexo de unión entre estas afecciones y el mundo laboral. Otro índice de esta hipótesis es que la Media, Mediana y Moda coinciden en el mismo intervalo.

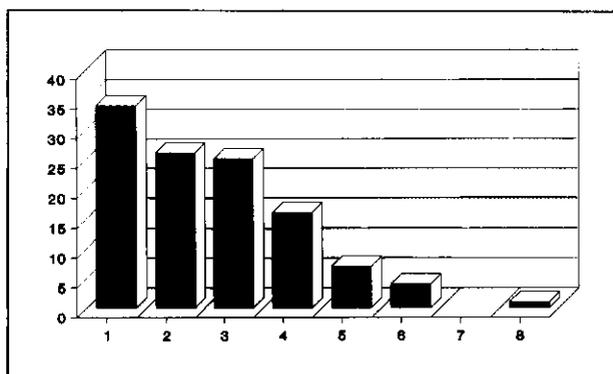
## NIVEL CULTURAL

Los ocho niveles de clasificación han sido los siguientes:

1. No sabe leer ni escribir.
2. Lee y escribe regular.
3. Enseñanza primaria sin finalizar.
4. Enseñanza primaria o graduado escolar.
5. E.G.B.
6. Formación profesional de 1° ó 2° grado o BUP.
7. Estudios medios.
8. Estudios superiores.

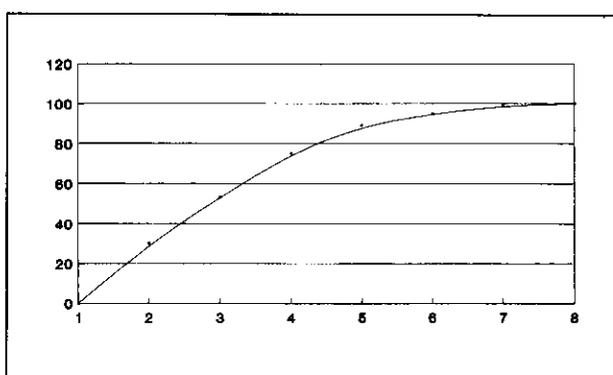
Del histograma (Figura 10) resultaría una curva en J invertida (Figura 11), propia de las muestras muy sesgadas. Dos hipótesis podríamos formular:

**FIGURA 10**  
NIVEL CULTURAL



1ª) El nivel cultural bajo favorece la aparición de trastornos depresivos.

**FIGURA 11**  
PORCENTAJE ACUMULADO  
NIVEL CULTURAL DE LA MUESTRA



2ª) Que este es el tipo de personas que acude a los servicios públicos, como ya hemos comentado anteriormente al estudiar el tipo de trabajo.

Nos inclinamos por la segunda.

Otra conclusión más simple podríamos deducir de la comparación de la curva de edad: un 75% de la muestra es prácticamente analfabeta y coincide sensiblemente con un 73% de mayores de 40 años. La escolarización de las clases más inferiores era casi nula en los años 50.

## VALOR DEL SINTOMA ACTUAL

La clasificación por tipos de enfermedad de la muestra analizada nos dá el siguiente cuadro:

Enfermedad	Número	%
Depresiones Neuróticas	73	64,6
Depresiones sintomáticas	16	14,2
Depresiones ansiógenas	10	8,8
Depresiones por desarraigo	3	2,7
Depresión paranoide	4	3,5
Depresión endógena	5	4,4
Psicosis maníaco depresiva	2	1,8

De las 73 Depresiones Neuróticas se encuentra claramente una enfermedad invalidante coexistente con la depresión. Como sabemos, el diagnóstico diferencial entre estas enfermedades y las depresiones sintomáticas es difícil de hacer. Si consideramos este tipo de depresión conjuntamente tenemos un 39,82% de nuestra muestra.

Es difícil mantener la hipótesis de que las depresiones están causadas directamente por el trabajo, pero en las enfermedades invalidantes es posible establecer esta relación. En este supuesto la depresión es el cuadro final que aparece después de todo el proceso de la enfermedad.

Desde el punto de vista psicoanalítico la pérdida de la salud conjuntamente con la pérdida de trabajo origina una depresión.

El apellido que se le ponga depende del núcleo de la persona que va a originar defensas neuróticas, ansiosas o incluso psicóticas pero el proceso es el mismo.

La persona ante la enfermedad depresiva tiene dos tipos de recursos: Internos y Externos. Los internos —o mejor dicho la escasa plasticidad constitucional de recursos internos— se reparten al azar en toda la población. De ahí la gran cantidad de estudios que concluyen que los trastornos psiquiátricos se reparten entre todas las clases sociales.

De los recursos externos, el principal es el medio sociocultural y el trabajo. Hemos visto que en nuestra muestra ambos recursos son escasos.

## CONCLUSIONES RECOMENDACIONES

1. Habida cuenta de los datos sobre la edad de la muestra, estimamos que la edad «crítica» son los cuarenta años, dato que coincide con la literatura revisada. Consideramos que se debe hacer prevención a partir de los treinta y cinco años y especialmente en la primera situación de ILT por depresión a esa edad.

2. Dada la distribución de los síntomas, estamos convencidos de que las enfermedades depresivas van asociadas a otras enfermedades y circunstancias socio-económicas y laborales.

3. El hecho de que el tipo de trabajo y el nivel cultural sean notablemente bajos nos induce a pensar que la enfermedad depresiva suele, en la mayor parte de los casos, ir asociada a una enfermedad invalidante o a una pérdida de trabajo. El trabajador con un nivel cultural bajo y una escasa cualificación profesional, no tiene recursos, de los que hemos clasificado de externos, para enfrentarse con éxito a la enfermedad, que termina haciéndose crónica.

4. A la vista de las conclusiones anteriores, y a tenor de lo expuesto en la edad de presentación del primer síntoma, consideramos debería existir en las empresas un protocolo o campañas de actuación para la prevención de este tipo de alteraciones psíquicas.

5. El protocolo o campañas para la prevención de estas alteraciones, deben ser entendidas como una protección de la salud, debiéndose contemplar o reparar en los siguientes aspectos:

a) En el campo de la Salud Mental el trabajo no actúa como estímulo específico desequilibrado, sino que son las circunstancias de la vida del hombre las que inciden (y más que fenómenos concretos son aspectos existentes en la organización psíquica de los que fracasan) ante determinados factores que no necesariamente ocasionan las mismas alteraciones a otras personas.

b) En el trabajo existen posibilidades preventivas o compensadoras de otros factores de desequilibrio. Dentro de las diferentes modalidades laborales la que más favorece la salud mental es el trabajo en equipo, dado que posibilita la acción madurativa estimulada por los más evolucionados. Educa y corrige aspectos insanos y en general facilita la relación interpersonal, los procesos de identificación y de solidaridad. Permite la posibilidad de aprender a solucionar dificultades de la vida y se establecen lazos afectivos que facilitan la convivencia y hacen más grato el trabajo.

c) En general, cuando desgraciadamente no puede realizarse el trabajo en equipo, debería tenerse en cuenta la necesidad de establecer una relación entre las personas que trabajan juntas, posibilitando que hablen entre ellas y se conozcan.

d) El trabajo acaba rutinizándose como casi todo proceso vital. La rutina es un factor negativo en el campo de la salud mental, sin embargo puede ser un factor de estabilidad psíquica y justamente el cambio excesivo es el que conlleva más problemas. En el campo del trabajo industrial más que la rutina lo que perjudica será la situación de alienación.

e) En el trabajo siempre existen variaciones que exigen una adaptabilidad, o sea, obliga a plantearse posibles soluciones de una forma ordenada. Este es un factor importante de salud mental porque enseña a tolerar la frustración y crea una especie de elasticidad en los procesos de aco-

modación y comprensión de la variabilidad de situaciones ante las que el hombre se sitúa constantemente. En general el trabajo puede contribuir a estabilizar la salud, a potencializar la autonomía personal y la adaptabilidad, factores que son integrantes del dinamismo de la salud.

f) Finalmente, al acometer cualquier protocolo preventivo o de intervención, habremos de tener presente al propio trabajo como factor de riesgo, y así deberemos considerar que existen diferentes riesgos, unos vinculados a la problematización personal, con situaciones laborales determinadas (ejemplo: incompatibilidad con compañeros o jefes), otros que suponen una sobrecarga para las posibilidades adaptativas de algunos individuos. Determinados trabajos ocasionan una frustración permanente que no todos los trabajadores toleran, así algunas profesiones exigen un ritmo de trabajo y una atención que dan lugar a

estados de ansiedad y desajuste emocionales; a medida que se asciende en los niveles laborales el hombre se va cargando de responsabilidad y mucha de la gente que se promociona no soporta la progresiva responsabilidad que se le echa encima. Las situaciones de riesgo mental en el trabajo son variadísimas y en todas ellas entra en juego no tanto la propia acción y circunstancia laboral como la capacidad del hombre para tolerarla. En general la tolerancia del hombre para las situaciones laborales conflictivas o difíciles parece que va en aumento quizás por la compensación económica y social que conlleva.

El trabajo se puede convertir en un tóxico, cuando la persona intenta prolongar su jornada a diez, doce o catorce horas en busca de un mayor bienestar económico. Esto supone una alineación porque evita la posibilidad de participación en otras actividades necesarias para el hombre.

\* \* \*

### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AGUDO DIAZ, J. y SASTRE MERLIN, J. *Perfil Epidemiológico del personal de Telefónica de España. Rev. Salud y Trabajo* n° 69, 11-14, 1988.

AYUSO GUTIERREZ, J.L. y SAIZ RUIZ, J. — *Las Depresiones: Nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. Ed. Interamericana (México 1981).*

AYUSO GUTIERREZ, J.L. y SAIZ RUIZ, J. — *La Depresión desde la perspectiva Psicobiológica. Ed. Jarpyo (Madrid 1987).*

BARCIA SALORIO, D.; LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J.; y RUIZ OGARA, C. — *Lecciones Clínicas de Psiquiatría. — Ed. Toray (Madrid 1989).*

BROWN, G.W. y HARRIS, T. — *Social origins of depression: A reply Psychological medicine, 8: 577-588 (1978).*

CONDE LOPEZ, V.; MARTINEZ ROIG, M.; y LOPEZ FERNANDEZ, M.N. — *Criterios de depresión endógena: Psiquis, 10, 11-24 (1989).*

HIRCHSFELD, M.A. y CROSS, C.K. — *Epidemiology of affective disorders: Arch. Gen. Psychiatry, 39, 35-46 (1982).*

HUMBERT, M.S. — *Diagnóstico de los Trastornos del humor en el DSM-III R: Dossiers de Psiquiatría, 6, 128-129 (1987).*

LAIN ENTRALGO, P. — *El diagnóstico Médico. Ed. Salvat (Barcelona 1982)*

SOLOMON, Z y BROMETT, E. — *The rol of social factors in affective disorders: Psychological medicine, 12, 123-130 (1982).*

TALBOT, JOHN; HALES, R.; y YUDOFKY, S. — *The American Psychiatric Press: Tratado de Psiquiatría. Ed. Ancora (Barcelona 1989).*

VAZQUEZ BARQUERO, J.L.; MUÑOZ, P.E.; y MADOZ JAUREGUI, V. — *The influence of the process of urbanization on the prevalence of Neurosis: Acta psychiat. Scand. 65, 161-170 (1982).*

WEISSMAN, M y KLERMAN, G.L. — *Sex differences and the epidemiology of depression: Arch. Gen. Psychiatry, 34, 98-111 (1977).*