

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE CD. JUÁREZ
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LAS
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL
ÍNDICE DE DEPRESIÓN DEL EMPLEADO EN UNA
INDUSTRIA DE COSTURA AUTOMOTRIZ.

TESIS

QUE PRESENTA

MARCELA HERNÁNDEZ TERRAZAS

COMO REQUISITO PARCIAL

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN INGENIERÍA ADMINISTRATIVA

CD. JUÁREZ, CHIH.

JUNIO DEL 2023

OFICIO 1

OFICIO 2

OFICIO 3

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

Durante el año 2021, dos líneas producción (Lexus y Camry) de una industria manufacturera han presentado disminución en la eficiencia más que cualquiera de las otras que ahí se trabajan. Se han registrado múltiples causas, entre ellas se encuentran rechazos de calidad, ausentismo, rotación de personal, entre otras.

Dado que en México se ha empezado a regular y exigir por medio de normas legales el cuidado de la salud mental de los trabajadores dentro del espacio laboral, por medio de un análisis correlacional, esta investigación pretende identificar las características sociodemográficas (edad, sexo, número de hijos, estado civil y escolaridad) en los trabajadores y su relación con el índice de depresión obtenido por medio de la aplicación de la Escala de Automedición para la Depresión (EADM) de Zung, para posteriormente diseñar una propuesta que busque simplificar los mecanismos de diagnóstico actuales empleados en el tratamiento psicológico brindado a los empleados y que tenga como consecuencia una mejora en la eficiencia del diagnóstico y tratamiento.

Los capítulos 1 y 2 introducen a la problemática, su importancia, antecedentes de la maquiladora donde se llevó a cabo la investigación y los datos proporcionados por la misma.

El marco teórico, que abarca temas como sistemas de manufactura, parámetros de calidad, el trabajador, salud física, salud laboral, salud mental factores de riesgo psicosociales y sociodemográficos, rotación de personal, ausentismo, distintos tipos de trastornos depresivos y su sintomatología; así como el marco referencial que hace mención a otras investigaciones que convergen en algún punto con ésta, son encontrados en el tercer capítulo.

En el capítulo 4 se enuncian los materiales seleccionados en este estudio y sus características, el método seguido para llevarlo a cabo, las variables analizadas y el plan de muestreo.

Por último, los resultados se analizan en el capítulo 5 y las conclusiones, así como la verificación del objetivo, el análisis de la hipótesis, futuras líneas de investigación y recomendaciones, se hacen en el capítulo 6.

CONTENIDO

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
RESUMEN	vii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
2.1 Antecedentes	2
2.2 Descripción del Problema	3
2.3 Pregunta de Investigación	5
2.4 Hipótesis	6
2.5 Objetivo	6
2.5.1. Objetivo específico.	6
2.6 Justificación	6
2.7 Delimitaciones	6
2.8 Supuestos	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 Qué es un Sistema de Manufactura	7
3.1.1. Líneas de Producción	7
3.1.2. Parámetros de Calidad	8
3.1.3. Condiciones de Trabajo	8
3.1.4. Eficiencia	9
3.2 El Trabajador	9
3.2.1. ¿Qué es un trabajador?	10
3.2.2. Salud Física	10
3.2.3. Salud Laboral	10
3.2.3.1 Factores de Riesgo Psicosociales y Sociodemográficos	11
3.2.3.2. Rotación de Personal	12

3.2.3.3. Ausentismo	13
3.2.3.4. Satisfacción Laboral	14
3.3. Salud Mental	15
3.3.1. Depresión	15
3.3.1.1. Trastorno de Depresión Mayor	16
3.3.1.2. Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)	17
3.3.1.3. Trastorno Depresivo Inducido por una Sustancia/Medicamento	19
3.3.1.4. Especificadores para Trastornos Depresivos	20
3.3.1.5. Trastorno Bipolar I	20
3.3.1.6. Episodio Depresivo	23
3.3.1.7. Trastorno Depresivo Recurrente	24
3.3.1.8. Ciclotimia	24
3.4. Marco Legal	24
3.4.1. Norma Oficial Mexicana NOM – 035 – STPS – 2018, Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo – Identificación, Análisis y Prevención.	24
3.5 Marco Referencial	26
4. MATERIALES Y MÉTODOS	32
4.1 Materiales	32
4.2 Métodos	33
4.2.1. Tipo de Investigación	33
4.2.2. Esquemático de Investigación	34
4.3 Operacionalización de la Hipótesis	35
4.3.1. Declaración de Variables	35
4.3.1.1. X_1 = Datos Sociodemográficos	35
4.3.1.2. X_2 = Índice de Depresión	35
4.4. Plan de Muestreo	35
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	36
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
6.1 Conclusiones	48
6.2 Recomendaciones	48

BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXO A	54
ANEXO B	
ANEXO C	
ANEXO D	

FIGURA	NOMBRE	
2.1	Porcentaje Anual de Eficiencia.....	4
2.2	Partes Rechazadas por Millón (RPPM's).....	4
2.2	Partes rechazadas por Millón (Continuación).....	4
2.3	Bajas de Personal por Turno Marzo 2021.....	5
2.4	Motivos de Bajas de Personal Marzo 2021.....	5
3.1	Flujo de una Línea de Producción (adaptado de Zorrilla, 2007).....	8
5.1	Cantidad de Hombres y Mujeres en la Muestra.....	37
5.2	Edades de la Muestra.....	38
5.3	Estado Civil de la Muestra.....	38
5.4	Número de Hijos de la Muestra.....	39
5.5	Escolaridad de la Muestra.....	39
5.6	Puntuación Bruta.....	40
5.7	Índice de Depresión de la Muestra según EAMD.....	40
5.8	Criterio de Significancia Clínica según el Índice de Depresión de la Muestra.....	41
5.9	Matriz de Correlación.....	45
5.10	Análisis de Regresión, Variable Índice como Dependiente.....	46
5.11	Análisis de Regresión, Variable Estado Civil como Dependiente.....	47
5.12	Coefficientes de Correlaciones Parciales.....	47

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABLAS

TABLA	NOMBRE
-------	--------

3.1	Extracción Resumida de la Revisión Bibliográfica sobre Características Sociodemográficas y Repercusiones de la Depresión en el Trabajador (Córdoba et al. 2011).....	28
5.1	Concentrado de Información Rav-4.....	36
5.2	Concentrado de Información Lexus.....	37
5.3	Resumen de Pruebas de Normalidad.....	42
5.4	Datos Convertidos a Valores Numéricos.....	43
5.4	Datos Convertidos a Valores Numéricos (Continuación).	44

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es un factor determinante en la vida funcional de cualquier persona y cuidar de ella ha cobrado cada vez más relevancia entre la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la depresión afecta a más de 200 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad. Cansancio, falta de energía, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, exceso de sueño, inactividad, retraimiento de las actividades habituales, dificultad para concentrarse, entre otros, son algunos de los síntomas que puede experimentar una persona que atraviesa por un periodo de depresión y sea éste prolongado o no, salir de él va más allá de la simple voluntad del individuo puesto que las diferentes esferas en las que se desarrolla se ven afectadas por este padecimiento.

La esfera laboral es una de las más afectadas por la depresión ya que, independientemente del trabajo que se lleve a cabo, la concentración es primordial para la ejecución de tareas y al verse nublada o en la imposibilidad de ser alcanzada se compromete el desempeño y la calidad del trabajo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Adient Ediasa IV, que hasta el año 2016 era conocida como Johnson Controls Automotive Experience, ubicada en Ciudad Juárez, Chihuahua, es una corporación americana y llevan a cabo diseño, costura, ensamble y mecanismos de asientos para automóviles. Esta maquiladora en particular tiene como clientes a Chevrolet, Buick y Toyota.

2.1 Antecedentes

La planta Adient Ediasa IV se dedica a la fabricación de vestiduras con 1500 empleados por turno, con plantas en todo el mundo desde 1985. Actualmente cuenta con dieciocho líneas de producción por modelo, cada una con problemas propios.

Dado que la depresión se presenta como un problema de salud actual se estima que, en cualquier momento dado, uno de cada 20 adultos se encuentre afecto de una depresión. Naturalmente los problemas presentes en la población general también afectan al colectivo de los trabajadores (Geo-salud, 2021).

Si bien existen distintos tipos de depresión, como la distimia, depresión estacional o el trastorno depresivo mayor también conocido como depresión mayor, todos estos diferenciados por cualidades como su duración, episodios e intensidad de los síntomas, la llamada depresión mayor tiene un efecto significativo en la función laboral.

Córdoba et al. (2011) refieren la existencia de estudios en los que describen que los trabajadores con historia de depresión que no tuvieron un episodio reciente, no presentaron la misma disminución en la ejecución del trabajo como aquellos que presentaron episodios recientes, sugiriendo que la resolución de la depresión está asociada con la resolución de la incapacidad laboral.

La eficiencia en la industria, al igual que la rotación de personal, se ven afectados por múltiples factores, desde defectos de calidad, hasta ausentismo y en los últimos años, por una pandemia que aparte de poner en riesgo la salud física de quienes padecen la enfermedad, trae consigo alteraciones en la salud mental que pueden no desaparecer una vez superado el virus, tales como ansiedad o depresión.

Aun cuando esta planta cuenta con psicólogo y toda la infraestructura necesaria, la caracterización entre variables sociodemográficas, tales como edad, estado civil, número de hijos, escolaridad, entre otras, y el índice de depresión puede acelerar y/o simplificar los mecanismos de diagnóstico actuales de manera que el tratamiento sea más expedito y eficiente.

2.2 Descripción del Problema

Durante los últimos meses las líneas de carro “Lexus” y “Rav-4” han presentado disminución en la eficiencia más que cualquier otra. Se han registrado múltiples causas, tales como rechazos de calidad, ausentismo, rotación de personal, etc. como se muestra en las figuras a continuación.

La Fig. 2.1 representa el porcentaje anual de eficiencia correspondiente a Lexus y Rav-4; dicho porcentaje es obtenido de acuerdo a los parámetros de producción que establece la maquiladora en cuestión.

En la Fig. 2.2 se presenta un registro de las partes rechazadas por millón (RPPM *por sus siglas en inglés*) de las líneas de producción mencionadas anteriormente; las RPPM's se obtienen dividiendo la cantidad de piezas rechazadas a causa de un defecto de calidad entre la cantidad de piezas embarcadas y el resultado se multiplica por un millón;

Así también en la Fig. 2.3 se muestran las bajas de personal por turno y en la Fig. 2.4 los motivos de las bajas.

TOTAL 2021	
Program	Eficiencia
Camry	92%
Lexus	88%
Chevy	89%
Buick	87%
Avalon	82%
Rav4	77%
Corte	99%
Total Planta	89.4%

Fig 2.1 Porcentaje Anual de Eficiencia

rppms lexus										
	JAN'21	FEB'21	MAR'21	APR'21	MAY '21	JUN'21	JUL'21	AUG'21	SEP'21	OCT'21
embarcado	20517	25480	15166	30032	32783	24339	20174	24335	18336	24788
rechazado	10	5	18	18	21	45	5	7	8	11
rppms	487	196	1187	599	641	1849	248	288	436	444

rppms rav										
	JAN'21	FEB'21	MAR'21	APR'21	MAY '21	JUN'21	JUL'21	AUG'21	SEP'21	OCT'21
embarcado	30219	33083	22224	31226	33839	53129	49037	43714	50522	55799
rechazado	95	8	15	66	26	25	29	20	23	36
rppms	3144	242	675	2114	768	471	591	458	455	645

Fig 2.2 Partes Rechazadas por Millón (RPPM's)

	NOV'21	DEC'21	JAN'22	FEB'22	MAR'22	APR'22	MAY '22	JUN'22	JUL'22	AUG'22	SEP'22
embarcado	24598	20129	24569	20798	29317	30472	22590	26955	25719	25361	21037
rechazado	3	7	5	7	23	20	11	17	10	17	10
rppms	122	348	204	337	785	656	487	631	389	670	475

	NOV'21	DEC'21	JAN'22	FEB'22	MAR'22	APR'22	MAY '22	JUN'22	JUL'22	AUG'22	SEP'22
embarcado	64886	46482	57985	36939	62761	60057	47194	47029	37579	46406	44227
rechazado	14	11	18	19	28	9	5	7	4	10	22
rppms	216	237	310	514	446	150	106	149	106	215	497

Fig. 2.2 Partes Rechazadas por Millón (Continuación)

Bajas Por Turno

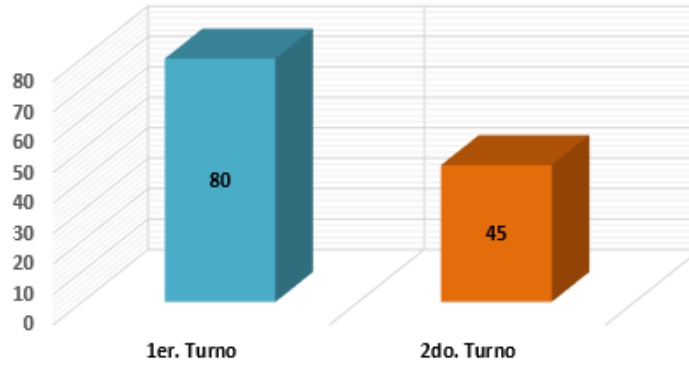


Fig. 2.3 Bajas de Personal por Turno Marzo 2021

Motivos de Bajas

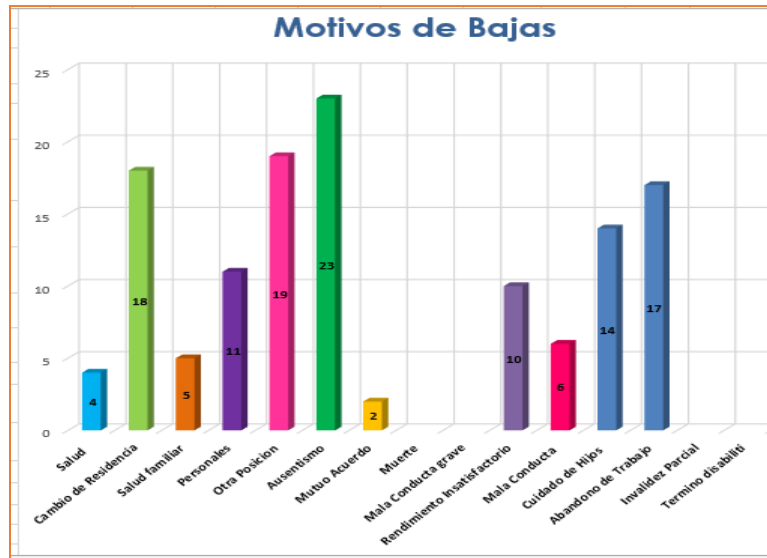


Fig. 2.4 Motivos de Bajas de Personal Marzo 2021

2.3 Pregunta de Investigación

¿Cómo es posible identificar, evaluar y analizar las características sociodemográficas en los trabajadores y determinar la magnitud y forma de la relación de estas variables con la intensidad de la depresión en los mismos?

2.4 Hipótesis

Existe una relación significativa entre ciertas características sociodemográficas y el índice de depresión de los trabajadores.

2.5 Objetivo

Identificar las características sociodemográficas en los trabajadores y su relación con el índice de depresión obtenido.

2.5.1. Objetivo específico.

Diseñar una propuesta estratégica que busque simplificar los mecanismos de diagnóstico actuales empleados en el tratamiento psicológico brindado a los trabajadores y que tenga como consecuencia una mejora en la eficiencia del diagnóstico y tratamiento.

2.6 Justificación

Los trabajadores influyen de manera significativa en la eficiencia de una organización, por lo tanto, la salud mental de los mismos es una parte fundamental para que puedan desempeñar óptimamente sus tareas.

Determinar si las características sociodemográficas influyen en la depresión ayudará a dar un enfoque nuevo a los abordajes empleados para mejorar la atención que se les brinda dentro de la planta.

2.7 Delimitaciones

La investigación se llevará a cabo en la maquiladora Adient Ediasa IV en la línea de producción “Lexus” y “Rav-4”, y los resultados obtenidos serán solamente válidos para dichas líneas, sin embargo, la metodología seguida podrá proyectarse a otras líneas de la empresa y a otras organizaciones.

2.8 Supuestos

Los datos obtenidos de la maquiladora Adient Ediasa IV son verídicos y válidos.

3. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se describen las diferentes teorías relacionadas con el trabajador, su desempeño en la industria, su salud mental y cómo ésta afecta su desempeño laboral.

3.1 Qué es un Sistema de Manufactura

Se trata de una forma o manera de producir, cuyos principios básicos son la división del trabajo, la factibilidad de intercambiar las partes del mismo producto y la mecanización (Queb, 2009).

Existen cinco enfoques actuales de los sistemas de manufactura: distribución tipo taller, línea de producción, proyecto, proceso continuo y célula de manufactura. Estos sistemas son utilizados en la mayoría de las industrias manufactureras, pero con tendencia a automatizarse (Zorrilla, 2007). Para motivos de esta investigación, el enfoque será en las líneas de producción.

3.1.1. Líneas de Producción

Las características de una línea de producción (*Flow Shop*) son las siguientes: poca variedad, alto volumen de producción, distribución orientada al producto, flujo de una sola pieza, requiere personal con mínimas habilidades, requiere de máquinas especializadas, existe balanceo de operaciones (Zorrilla, 2007). Para motivos de esta investigación, el enfoque será en las líneas de producción ya que la empresa en cuestión maneja este tipo de sistema de producción.

A continuación, se muestra el flujo de una línea de producción (Fig. 3.1) adaptada de Zorrilla (2007).

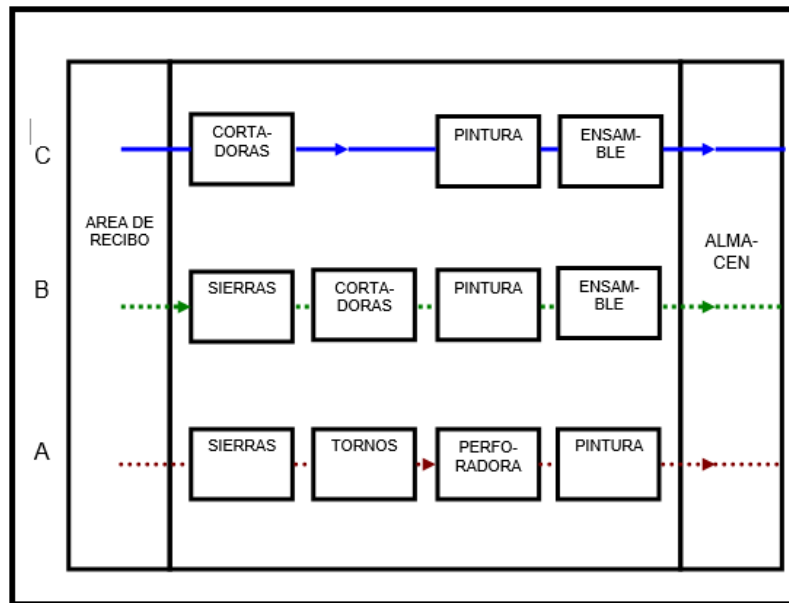


Fig. 3.1. Flujo de una Línea de Producción (adaptado de Zorrilla, 2007).

3.1.2. Parámetros de Calidad

Queb (2009) refiere que, calidad es una tarea complicada, ya que es percibida dependiendo de la posición que el producto o servicio ocupen en la cadena de valor. Perspectiva de Juicio: se tiene una idea de la calidad del producto basada en el renombre de la marca; Perspectiva del Producto: las características del producto hacen pensar que éste es mejor que los demás; Perspectiva del Cliente: se mide la calidad del producto de acuerdo al uso que se le va a dar; Perspectiva Económica: escoger el producto de menor precio que cumpla con la tarea; Perspectiva de Manufactura: el producto se ajusta a los parámetros especificados por el diseño del mismo.

3.1.3. Condiciones de Trabajo

Hace referencia a las características que involucran la realización del trabajo e integran los siguientes aspectos: ingreso (adecuación de acuerdo a los gastos, forma de pago), tiempo (tipo de jornada, horario de trabajo, descansos), prestaciones (vacaciones, aguinaldo, utilidades, transporte, servicios médicos, uniforme), capacitación (para desempeñar el puesto, situaciones de riesgo, etc.), oportunidades de desarrollo (de ascenso o para continuar con estudios),

seguridad y limpieza (equipamiento requerido, limpieza y ordenamiento del área de trabajo), bienestar (instalaciones sanitarias, suministro de agua potable, lugar de descanso, comedor), incentivos (en efectivo o motivacionales) y carga de trabajo (Abrajan et al. 2009).

Martínez et al. (2013) definen las condiciones de trabajo como el conjunto de circunstancias y características materiales, ecológicas, económicas, políticas, organizacionales, etc., a través de las cuales se efectúan las relaciones laborales. Estudios han puesto de manifiesto que la configuración de este escenario repercute no sólo en la calidad misma del trabajo, sino también en el bienestar, salud, seguridad y motivación del empleado.

3.1.4. Eficiencia

La eficiencia, como consecución de una meta al menor coste, se encuentra vinculada al aprovechamiento óptimo de los recursos que se emplean en la obtención de una utilidad, proceda ésta de un producto o servicio (García y Serrano, 2003); y el no cumplir cabalmente los objetivos y/o el desperdicio de recursos o insumos hacen que una iniciativa resulte ineficiente o menos eficiente (Mokate, 2001).

En un operador, la eficiencia depende primordialmente de su precisión, pero ésta última no es el único componente de la eficiencia, sino que existen otros, como la confiabilidad, la rapidez y la reducción del esfuerzo y la fatiga (Flores, 2012).

3.2 El Trabajador

Los trabajadores necesitan saber cómo trabajar con seguridad y sin riesgos para la salud. El empleador debería facilitar a los trabajadores la información, instrucción y formación adecuadas para que puedan trabajar en condiciones de seguridad. No sólo es un deber legal, sino que también contribuye al éxito de la empresa (Organización Internacional del Trabajo, 2023).

3.2.1. ¿Qué es un trabajador?

De acuerdo a lo establecido en la Ley Federal del Trabajo, el trabajador es la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado. Para los efectos de dicha disposición, se entiende por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio (Diario Oficial de la Federación, 1970).

3.2.2. Salud Física

La salud entendida como un estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad, tal como recoge el preámbulo del acta de constitución de la OMS, en 1948. Desde una perspectiva más pragmática, en 1977 se reformuló este ideal de salud al plantear como meta que para el año 2000 todos los ciudadanos alcancen un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva (Ruiz et al. 2014).

3.2.3. Salud Laboral

Definido como un campo de conocimiento y acción en el que convergen disciplinas profesionales y estratégicas diversas con el objetivo común de proteger, promover y restaurar la salud de las personas en su relación con el trabajo. En una de las primeras aproximaciones a la relación simple del binomio trabajo y salud se trata de una relación que se da en ambas direcciones, y produce tanto efectos positivos como negativos. Es fácil deducir que unas adecuadas condiciones de trabajo y empleo tendrán un efecto positivo sobre la salud, incrementando la satisfacción y bienestar del trabajador. Un trabajo realizado en buenas condiciones, además de proporcionar ingresos económicos que condicionan a otros determinantes de salud (vivienda, alimentación, ocio, etc.) ofrece bienestar físico, mental y social. Por el contrario, el trabajo realizado en condiciones inadecuadas originará malestar, enfermedades y lesiones. Ésta última es la perspectiva a la que más recursos dedica la salud laboral, dadas las

consecuencias negativas que tiene para las personas y la sociedad en conjunto (Ruiz et al. 2014).

3.2.3.1 Factores de Riesgo Psicosociales y Sociodemográficos

Los factores psicosociales son condiciones presentes en situaciones de la vida cotidiana o laboral que afectan al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras; éstos pueden favorecer o perjudicar la actividad laboral y calidad de vida laboral de las personas. En el primer caso, fomentan el desarrollo personal de los individuos, mientras que cuando son desfavorables perjudican su salud y bienestar (Gil-Monte, 2009).

Vázquez (2016), menciona que la ocupación está relacionada con la depresión puesto que las amas de casa tienen tres veces más probabilidad de deprimirse y estar desempleado incrementa el riesgo hasta cinco veces; así como que la enfermedad es más frecuente en mujeres y la media de edad es de 45 años.

Mudgal et al. (2006), encontraron que la depresión es más alta entre grupos específicos de personas, como las mujeres, los trabajadores muy jóvenes y de la tercera edad y aquellas personas en desventaja económica. También encontraron que el estrés y las enfermedades crónicas por las que las personas social y económicamente vulnerables son más proclives a padecer depresión.

Los factores asociados a la depresión en hombres detectados en el estudio realizado por Londoño y González (2016) son los eventos vitales estresantes y el mal funcionamiento familiar. Estar expuesto a un alto número de estresores que ocurren de forma consecutiva (con un impacto psicológico moderado), no contar con adecuado soporte familiar y estar expuesto a un ambiente familiar disfuncional.

3.2.3.2. Rotación de Personal

La rotación de personal expresa el índice porcentual de empleados que circulan por la empresa, sobre el número medio de empleados que se quedan, en un periodo predeterminado y considerado, por ello, la rotación de personal debe ser calculada en función al volumen de recursos humanos disponibles más el costo real de los que se fueron y no como se acostumbra, en función de entradas y salidas de personal. De tal manera que, si se presenta un porcentaje muy elevado de éste, es considerado como una señal de la presencia de algunos problemas, sobre todo de costos, si se toma en cuenta que la organización ya generó gastos en actividades de recursos humanos para atraer, seleccionar y capacitar al personal que ha de contratarse. La rotación de personal está involucrada con los costos primarios y secundarios. Los costos primarios son las inversiones que realiza la empresa para contratar al personal para cubrir las vacantes, y los costos secundarios es lo que destina la empresa durante el tiempo en el que queda cubierta la vacante. Los costos de sustitución de recursos humanos son: costos de reclutamiento, de selección, de formación y de la ruptura laboral (Flores et al. 2008).

Generalmente, detrás de una excesiva rotación laboral se oculta la desmotivación, el descontento, la insatisfacción laboral, etc. El índice de rotación de personal podría aumentar cuando la satisfacción del trabajador sea baja y existan suficientes opciones en el mercado laboral como para que el trabajador decida abandonar la empresa. Se vuelve necesario que el administrador de una organización sea proactivo, es decir, capaz de diagnosticar la naturaleza del retiro y las probables determinantes de la intención de abandono que promueve la rotación de personal en su organización; evaluar las posibles consecuencias individuales y organizacionales, diseñar e implementar políticas, prácticas y programas para su efectivo manejo. Aquel administrador que no disponga de la suficiente información sobre las causas de la rotación de personal, podría conducir a la organización a responder inapropiadamente ante este fenómeno y

así impedir la implementación de estrategias para promover la motivación en los trabajadores (Tamayo, 2016).

3.2.3.3. Ausentismo

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2022) define el ausentismo como la práctica realizada por un trabajador de no asistencia al trabajo por un periodo de uno o más días de los que se pensaba iba a asistir, quedando excluidos los periodos vacacionales, las huelgas, periodos gestacionales y privación de la libertad.

Tatamuez et al. (2019), hablan del ausentismo laboral como una problemática de salud pública que presenta un creciente interés de estudio por su impacto nocivo en la economía, la competitividad de las empresas y el desarrollo del talento humano, que afecta de forma global la salud mental del trabajador, pues interfiere en el despliegue óptimo de habilidades, conocimientos, destrezas, experiencias y aptitudes de quienes se consideran el capital intelectual de la organización y un elemento fundamental para el logro del éxito organizacional. Las investigaciones a nivel mundial sobre este tema son de gran relevancia en las organizaciones, dado que el ausentismo ha aumentado en un 30% en los últimos 25 años, aumentando los costos empresariales en salubridad, interfiriendo en la productividad y ocasionando desgaste del recurso humano. La literatura reconoce dos tipos de ausentismo: el primero es aquel representado por la ausencia simple del trabajador en su lugar de trabajo. El segundo tipo, conocido como “cuerpo presente” o “presentismo laboral”, sucede cuando el trabajador, aunque no falta a su lugar de trabajo, no entrega su mejor desempeño en las actividades correspondientes, lo que conlleva a la disminución de su productividad.

De acuerdo a Sánchez (2015), la medición del ausentismo laboral nunca podrá ser completamente objetiva, puesto que las ausencias al trabajo comprenden la interacción de un sinnúmero de factores psicológicos, organizativos, médicos, sociales y económicos. Sin embargo, el acercamiento a

las causas posibles o demostrables del ausentismo y la comprensión de los factores que lo condicionan, pueden llegar a ser clave para su manejo en una organización, lo cual supone reducción de costos directos e indirectos. A pesar de su complejidad y múltiples causas, el ausentismo laboral ha demostrado poder reducirse mediante diversas intervenciones psicosociales, ergonómicas y organizativas, después de un diagnóstico oportuno y certero.

El ausentismo evidencia una pérdida de productividad para la organización al verse disminuida la cantidad de empleados que efectivamente realizan sus labores, generando mayores costos por contratación de suplentes, realización de horas extras y eventuales costos por errores incurridos gracias a la falta de preparación y capacitación adecuados (Baptista et al. 2016).

3.2.3.4. Satisfacción Laboral

La satisfacción se define como la respuesta afectiva resultante de la evaluación que realiza el trabajador acerca de distintos aspectos organizacionales. Ésta recibe influencia de las características individuales que tenga el empleado, así como del mercado laboral, lo cual puede provocar el acercamiento, la evasión o el abandono del trabajo. Se concluye que cuando el trabajo es percibido como importante, la satisfacción aumenta. En cambio, cuando el trabajo no es percibido como primordial, la satisfacción disminuye. La satisfacción es multifacética debido a que los empleados tienen variedad de elementos de su labor que consideran importantes, por lo cual, es difícil que uno solo incida o condicione la satisfacción. Por ello, cuando una organización establece la administración de personal basándose solamente en un elemento del trabajo, como puede ser el salario, la supervisión o las condiciones laborales, puede promover la desilusión en el trabajador (Tamayo, 2016).

Sanín y Salanova (2014), hacen referencia a la satisfacción laboral como una reacción afectiva que surge al contrastar la realidad laboral con las expectativas relacionadas con esa realidad, de tal forma que, favorece el deseo

de permanencia de las personas y se asocia con la reducción del ausentismo, la rotación y las quejas del personal.

Otra manera de abordar este tema, sugieren Pujol y Dabos (2018), consiste en pensar a la satisfacción laboral en términos de dos categorías conceptualmente distintas. Por un lado, se encuentra la satisfacción laboral cognitiva, la cual surge como resultado de un proceso de evaluación más consciente de las características del trabajo y de su comparación con un estándar cognitivo. Por el otro, está la llamada satisfacción laboral afectiva, que constituye un constructo unidimensional y es representativa de una respuesta emocional positiva del empleado hacia el trabajo como un todo.

3.3. Salud Mental

En 1948 se creó la OMS y durante la segunda sesión del Comité de Expertos en Salud Mental en 1950 se definió salud mental como una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros y, participar en cambios constructivos en su entorno social y físico (Bertolote, 2008).

3.3.1. Depresión

En el mundo, aproximadamente 280 millones de personas sufren de depresión y se espera que esta cifra aumente ya que se ha previsto que para el 2030 la depresión será la primera causa de morbilidad mundial (OMS, 2021).

La depresión puede ser vista desde tres enfoques distintos según Cantero y Ramírez (2009), como un trastorno con síntomas característicos y detectables; como un síntoma aislado o en conjunto con otros sin relación entre sí; o como un síndrome. Puede tener diversas causas, entre ellas, acontecimientos de la vida diaria, cambios químicos en el cerebro, efectos secundarios de medicamentos, trastornos físicos, factores genéticos y evolutivos, etc.

Este trastorno se ha asociado con discapacidad en términos de disminución de la productividad (“presentismo”), el absentismo, la rotación laboral y el desempleo, así como la jubilación anticipada, baja calidad de vida y mayor riesgo de infarto al miocardio (Córdoba et al. 2011).

Las distintas formas de depresión han sido clasificadas por dos manuales principalmente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición, (DSM-5 “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” por sus siglas en inglés) por la Asociación Americana de Psiquiatría, y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud décima revisión (CIE – 10, 2003) por la Organización Panamericana de la Salud; en las siguientes subsecciones se describe de manera cuasi literal los criterios de los manuales mencionados anteriormente.

3.3.1.1. Trastorno de Depresión Mayor

Criterio A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

- a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p.ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
- b. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la información).
- c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

- d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- f. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- g. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- i. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Criterio B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Criterio D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un episodio esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Criterio E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica (DSM – 5, 2014).

3.3.1.2. Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

Criterio A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la

información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Criterio B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

- a. Poco apetito o sobrealimentación.
- b. Insomnio o hipersomnia.
- c. Poca energía o fatiga.
- d. Baja autoestima.
- e. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- f. Sentimientos de desesperanza.

Criterio C. Durante el periodo de dos años de alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

Criterio D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

Criterio E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

Criterio F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

Criterio G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

Criterio H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (DSM – 5, 2014).

Según la CIE – 10, la distimia es definida por depresión crónica del humor, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave, o bien

cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongados (CIE – 10, 2003).

3.3.1.3. Trastorno Depresivo Inducido por una Sustancia/Medicamento

Criterio A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

Criterio B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):

- a. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
- b. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

Criterio C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

Criterio D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.

Criterio E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (DSM – 5, 2014).

3.3.1.4. Especificadores para Trastornos Depresivos

Con ansiedad: La ansiedad se define como la presencia de dos o más de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

- a. Se siente nervioso o tenso.
- b. Se siente inhabitualmente inquieto.
- c. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
- d. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
- e. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo (DSM – 5, 2014).

La CIE-10 (2003) utiliza el trastorno mixto de ansiedad y depresión cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante, ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnóstico particular, si es que se los considera por separado. Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y de depresión, y son suficientemente graves como para justificar diagnósticos separados, deben registrarse ambos y, por lo tanto, esta categoría no deberá ser utilizada.

Con inicio en el periparto: Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto (DSM – 5, 2014).

3.3.1.5. Trastorno Bipolar I

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I (DSM – 5, 2014), es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio maniaco. Antes o después del episodio maniaco pueden haber existido episodios hipomaniacos o episodios de depresión mayor.

A) Episodio Maniaco

Criterio A. Un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita la hospitalización).

Criterio B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

- a. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
- b. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
- c. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
- d. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
- e. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
- f. Aumento de la actividad dirigida a un objeto (social, en el trabajo o la escuela o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
- g. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

Criterio C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

Criterio D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

Criterio E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, es episodio es, por definición, maniaco.

Criterio F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) o de otra afección médica.

B) Episodio de Depresión Mayor

Criterio A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o de placer.

- a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso)
- b. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
- f. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
- g. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).

i. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Criterio B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Criterio C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Según la clasificación del CIE-10 (2014), el trastorno bipolar se caracteriza por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan profundamente perturbados. En algunas ocasiones esta perturbación consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y en otras, en un decaimiento del humor y en una disminución de la energía y de la actividad (depresión).

3.3.1.6. Episodio Depresivo

En los episodios típicos, tantos leves como moderados o graves, el paciente sufre de un decaimiento del ánimo con reducción de su energía y reducción de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se haya perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a

la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave según la cantidad y la gravedad de los síntomas (CIE – 10, 2003).

3.3.1.7. Trastorno Depresivo Recurrente

Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo, sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepressivo. El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses (CIE – 10, 2003).

3.3.1.8. Ciclotimia

Inestabilidad persistente del humor, que se manifiesta a través de varios períodos de depresión y de excitación leve, ninguno de los cuales es suficientemente grave o prolongado (CIE – 10, 2003).

3.4. Marco Legal

Actualmente, así como la salud física, la salud mental dentro del entorno laboral es impulsada y protegida por la ley por medio de normas establecidas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) como la que se describe a continuación.

3.4.1. Norma Oficial Mexicana NOM – 035 – STPS – 2018, Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo – Identificación, Análisis y Prevención.

Esta norma tiene como objetivo establecer los elementos para identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial, así como para promover un entorno organizacional favorable en los centros de trabajo y considera las siguientes definiciones (DOF, 2018):

Acontecimiento traumático severo: Aquel experimentado durante o con motivo del trabajo que se caracteriza por la ocurrencia de la muerte o que

representa un peligro real para la integridad física de una o varias personas y que puede generar trastorno de estrés postraumático para quien lo sufre o lo presencia. Algunos ejemplos son: explosiones, derrumbes, incendios de gran magnitud; accidentes graves o mortales, asaltos con violencia, secuestros y homicidios, entre otros.

Diagnóstico de seguridad y salud en el trabajo: La identificación de las condiciones inseguras o peligrosas; de los agentes físicos, químicos o biológicos o de los factores de riesgo ergonómico o psicosocial capaces de modificar las condiciones del ambiente laboral; de los peligros circundantes al centro de trabajo, así como de los requerimientos normativos en materia de seguridad y salud en el trabajo que resulten aplicables.

Los factores de riesgo psicosocial son definidos por esta Norma como: Aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo del sueño – vigilia y de estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, del tipo de jornada de trabajo y la exposición a eventos traumáticos severos o actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo que desarrolla.

Comprenden las condiciones peligrosas e inseguras en el ambiente de trabajo; las cargas de trabajo cuando exceden la capacidad del trabajador; la falta de control sobre el trabajo (posibilidad de influir en la organización y desarrollo del trabajo cuando el proceso lo permite); las jornadas de trabajo superiores a las previstas en la Ley Federal del Trabajo, rotación de turnos que incluyan turno nocturno y turno nocturno sin períodos de recuperación y descanso; interferencia en la relación trabajo-familia y el liderazgo negativo y las relaciones negativas en el trabajo.

Medidas de prevención y acciones de control: Aquellas acciones que se adoptan para prevenir y/o mitigar a los factores de riesgo psicosocial y, en su caso, para eliminar las prácticas opuestas al entorno organizacional favorable y

los actos de violencia laboral, así como las acciones implementadas para darles seguimiento.

Política de prevención de riesgos psicosociales: La declaración de principios y compromisos que establece el patrón para prevenir los factores de riesgo psicosocial y la violencia laboral, y para la promoción de un entorno organizacional favorable, con el objeto de desarrollar una cultura en la que se procure el trabajo digno o decente, y la mejora continua de las condiciones de trabajo.

Trabajador: La persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado.

Trabajo: Toda actividad humana, intelectual o material, independiente-mente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio.

Violencia Laboral: Aquellos actos de hostigamiento, acoso o malos tratos en contra del trabajador, que pueden dañar su integridad o salud.

En el apartado 5 asigna obligaciones que el patrón debe establecer por escrito, implantar, mantener y difundir en el centro de trabajo con respecto a una política de prevención de riesgos psicosociales que contemple: la prevención de los factores de riesgo psicosocial, la prevención de la violencia laboral y la promoción de un entorno laboral favorable.

3.5 Marco Referencial

En México se realizó la Entrevista Nacional de Comorbilidad con cribado de salud mental en una muestra aleatorizada y estratificada de 5,782 personas entre 18 y 65 años; se encontró que la cohorte de población más vulnerable estaba entre los 45 y 54 años, y que la prevalencia de depresión en el último año era de 8% y, a lo largo de la vida de 9.8% (Londoño y González, 2016).

Garay (2005) estudió una muestra de 444 mujeres mexicanas que dividió en dos grupos, uno de 229 individuos con trabajo remunerado y el otro conformado por las 215 mujeres restantes que tenían un trabajo no remunerado

(amas de casa), para conocer las diferencias y si existe una relación entre la remuneración del trabajo y los niveles de depresión, ansiedad y estrés. Para medir la depresión se utilizó la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (1965); la selección de la muestra es no probabilística de tipo intencional con características que cumplieran las especificaciones de cada grupo y tuvieran similitudes en cuanto a edad, estado civil, escolaridad y número de hijos; y por medio de un análisis multivariado de covarianza se estudió la posible existencia de una relación entre las variables. Se encontró que 8% del grupo de mujeres con trabajo remunerado presentaba depresión severa y tan sólo el 7% de aquellas que no contaban con un trabajo remunerado.

La depresión es un desorden común que parece tener un efecto muy desfavorable en el lugar de trabajo. En Estados Unidos, algunos estudios han reportado que el Trastorno Depresivo Mayor se asocia con 27 veces más probabilidad de pérdida de trabajo que entre los trabajadores sin un trastorno mental y que el 44% de los trabajadores deprimidos reportaron que ellos perdieron uno o más días de trabajo por problemas emocionales en los últimos 3 meses. En este mismo país, en 2010, se publicó que los trabajadores con depresión estiman un costo de 44.10 billones de dólares por año en pérdidas de productividad, un exceso de 30.94 billones de dólares por año en comparación con un costo previsto de los trabajadores sin depresión (Córdoba et al. 2011).

A continuación, se presenta una extracción a manera de tabla resumida (Tabla 3.1) de dieciocho artículos analizados de la Revisión Bibliográfica sobre Características Sociodemográficas y Repercusiones de la Depresión en el Trabajador de Córdoba et al. (2011).

Tabla 3.1 Extracción Resumida de la Revisión Bibliográfica sobre Características Sociodemográficas y Repercusiones de la Depresión en el Trabajador (Córdoba et al. 2011).

Autor/Año	Tipo de estudio	Tamaño de muestra y Contexto	Resultados
Rodríguez, B. et al. (2005).	Observacional Descriptivo.	n= 1,628 trabajadores en Incapacidad Temporal (IT) de la Comunidad Autónoma de Madrid.	<p>-Un total de 1.628 trabajadores en IT (11.2%) presentaban como diagnóstico principal algún trastorno mental, de los cuales el 17.8% (289) relacionan su patología con el trabajo. La edad media fue de 43.5 años. Las mujeres presentan con mayor frecuencia algún trastorno mental como causa de IT.</p> <p>-Los trabajadores cualificados: directivos (41%), técnico científico-intelectuales (30%) y empleados administrativos (27%) son los que presentan mayor prevalencia de sintomatología depresiva asociada al trabajo.</p>
Nieuwenhuijsen, K. et al. (2006).	Cohorte.	n=188 trabajadores Países Bajos.	<p>-Predictores negativos para la depresión: la edad mayor de 50 años [HR 0,5, 95% intervalo de confianza (IC del 95%) 0.3-0,8], sexo masculino, las expectativas negativas de recuperación (HR 0,5, IC 95%; 0,3 a 0.8.</p>
Rugulies, R. et al. (2006)	Cohorte	Dinamarca, entrevista telefónica. n= 4133 trabajadores (48.5% mujeres)	<p>-Depresión correlación (+) coeficiente correlación 0.31 (p<0.001).</p> <p>-Síntomas de depresión severa en 68 mujeres, 37 hombres.</p> <p>-Incidencia 2.5 (3.4 mujeres y 1,7 hombres).</p> <p>-En mujeres: los factores fuertemente asociados con los síntomas de depresión severa son: Influencia del Trabajo (RR)= 2.17, 95% (IC)= 1.23, 3.82; Escaso apoyo del supervisor (RR)= 2.03, 95% IC=1.2, 3.43.</p> <p>-En hombres: La inseguridad laboral (RR)= 2.04, 95%IC= 1.02-4.06.</p>
Blackmore, E.R. et al. (2007).	Cohorte	Canadá, n=24324 trabajadores; encuesta; ponderado a n=745948	<p>-Depresión en el 4.6% (745948) general. Mayor en mujeres 6% OR= 1.83 (1.53,2.2), comparado con el de hombres 3.4%.</p> <p>Mujeres: con bajo nivel de autoridad tienen una mayor probabilidad de depresión [(OR)= 1.59; 95% IC=1.06, 2.39), que los hombres en condiciones similares.</p> <p>-Hombres: con alto estrés laboral y/o inseguridad laboral tienen mayor probabilidad de depresión que las mujeres; Estrés laboral: (OR)= 2.36, 95% (IC)=1.29, 4.37; Inseguridad laboral: (OR)= 2.66; 95% (IC)= 1.56, 2.66,</p> <p>-En hombres y mujeres: el poco apoyo social se asocia a mayor probabilidad de depresión; Hombres: (OR)= 2.7; 95% (IC)= 1.55, 4.71; Mujeres: (OR)= 2.37; 95% (IC)= 1.71, 3.29.</p>
Demir, F. et al. (2007).	Transversal	n=156 residentes de medicina en Estambul con	<p>-La prevalencia probable de depresión entre los residentes fue de 16% (IC=95%: 10.2-22.7).</p>

		una edad promedio de 28.2 años.	-Tomando el género masculino como referencia la OR para la mujer fue 5.16 (95% IC: 1.51-17.68, p<0.01). -Se determinó una correlación negativa entre la depresión y la satisfacción laboral (r=0.36, p<0.001).
Kessler, R.C. et al. (2008).	Cohorte	n=3378 personas mayores de 18 años de los Estados Unidos.	-El 6.4% de los empleados presentaron trastorno de depresión mayor. -La prevalencia del trastorno depresivo mayor en los últimos 12 meses no difiere significativamente en la educación, ocupación u horas de trabajo, pero es significativamente más alta en las mujeres que en los hombres y esta inversamente relacionada con la edad. -Se reportó una mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor en los jóvenes trabajadores en comparación con los mayores. -El trastorno de depresión mayor está asociado con una significativa pérdida de rendimiento en el trabajo, se estiman 255 millones de días de trabajo y \$36.6 billones por pérdida de productividad al año asociado con el trastorno de depresión mayor.
Wege, N. et al. (2008)	Cohorte	Alemania, n=1749 empleados y/o autónomos. Entrevistas y cuestionarios. Trabajadores > 15h/semana.	-La clase social baja se relaciona en hombres y mujeres con incidencia de depresión; (OR)= 2.61-8.2; 95%(IC)= 1.53, 14.15.
Kouvonen, A. et al. (2008).	Cohorte	Finlandia, n=33,577 trabajadores en el sector público.	-El bajo capital social está relacionado con mayor riesgo de depresión auto-percibida.
Wieclaw, J. et al. (2008).	Casos y Controles	Dinamarca, Casos (depresión y/o desórdenes de ansiedad diagnosticados por psiquiatra): 14,166 y Controles: 58,060.	-33% de los casos con diagnóstico de desorden depresivo. -53% de depresión en > de 40 años. -Tener bajos ingresos y vivir a las afueras de una ciudad grande están asociados a riesgos de depresión. -El alto riesgo de depresión en mujeres se relaciona con trabajos que tienen altas demandas emocionales IRR= 1.39; 95% (IC): 1.22, 1.58, atención al cliente: IRR= 1.15; 95% (IC): 1.01-1.3. -Los niveles medio y medio-altos de trabajo con la gente se relacionan con la disminución significativa del riesgo de depresión IRR: 0.85; 95%, (IC): 0.73 a 0.98.
Magnusson, L.L. et al. (2009).	Cohorte	n=5985 trabajadores de Suecia con edades entre 16 y 64 años.	-Un menos grado de decisión de la autoridad fue asociado con los síntomas depresivos entre hombres y mujeres. -El más alto grado de apoyo en las mujeres por parte de los superiores, estuvo asociado con mayor puntaje en la escala de depresión. -Los conflictos con compañeros de trabajo en los hombres estuvieron asociados con aumento de los síntomas depresivos.

Sinokki, M. et al. (2009).	Cohorte	n=3347 trabajadores de Finlandia entre 30 y 64 años.	-El pobre clima en el equipo de trabajo estuvo significativamente asociado con trastornos depresivos (OR 1.61, IC 95%: 1,10 a 2,36). Una mayor proporción de mujeres que de hombres tenían trastornos de depresión.
Wang, J. et al. (2009).	Cohorte	Canadá, n=4866 trabajadores. Entrevistas.	-Los trabajadores que presentan alto estrés laboral persistente presentaron el doble de incidencia de depresión que el grupo de bajo estrés. -Incidencia 8%; OR: 1.52; 95% (IC): 5.3-10.6 v.s. 4%; OR: 1; 95%(IC): 2.8-5.2. -El incremento del estrés laboral presentó 1.6 veces más el desarrollo de depresión mayor que el grupo de bajo estrés. -Trabajadores que disminuyeron el nivel de estrés laboral tuvieron un riesgo de depresión mayor similar al grupo de bajo estrés. 4.4%; OR 0.97; 95% (IC): 2.7-6.2 v.s. 4%; OR 1; 95% (IC): 2.8-5.2.
Clumeck, N. et al. (2009).	Transversal	Suiza, n=4371 trabajadores.	- Las horas extraordinarias (B 0.14; p<0.001) y los horarios de trabajo (B 0.12; p<0.001) son los más fuertemente asociados con el conflicto del trabajo y la vida privada en hombres asociados con la depresión. -El absentismo por depresión fue superior en hombres que en mujeres. -100 hombres y 100 mujeres se ausentaron más de 28 días por episodio de depresión. -El bajo control laboral se asoció directamente con el absentismo causado por depresión en hombres (OR= 3.38; 95% (IC): 1.79, 6.37) y en mujeres (OR= 2.05; 95%(IC): 1.04, 4.03).
Lo Sasso, A.T. et al. (2006).	Ensayo controlado aleatorio.	Estados Unidos, n=198 trabajadores.	-Demuestra que muchos empleadores pueden recibir un rendimiento potencial significativo de la inversión en el tratamiento de la depresión de 30 dólares por cada trabajador que es tratado durante el primer año y 257 dólares en el segundo año, con lo cual se estima un retorno de la inversión durante el periodo a dos años del 302%, con mejora en el absentismo y la productividad en el trabajo.
Swenk, T.L. et al. (2008).	Transversal	1154 médicos de Michigan.	-Se reportó depresión moderada a severa en 130 médicos (11.3%). -Los médicos que reportaron depresión moderada a severa fueron 2 a 3 veces más propensos a reportar un impacto sustancial en sus roles de trabajo en comparación con los médicos con puntuaciones de depresión leve, incluyendo una disminución en la productividad en el trabajo (57.7% v.s. 18.5%).
Sicras, A. et al. (2010).	Cohorte	4572 personas con diagnóstico de depresión en España.	-La incapacidad por enfermedad en pacientes con depresión que no remitió tuvo una media de 38.5 días, comparado con el grupo en el que los síntomas remitieron, que fue de 31 días, p<0.001.

			-Los costes totales desagregados en sanitarios (directos) y pérdidas de productividad laboral (no sanitarios, indirectos) fueron del 32.9% y el 67.1% respectivamente.
Wang, J.L. et al. (2010).	Cohorte	4032 empleados entre 25 y 65 años de edad, Alberta, Canadá.	-El desequilibrio entre la tensión laboral y la recompensa al esfuerzo al parecer afecta el rendimiento laboral a través de la gravedad de la depresión. -47.3%-42.9% reportó algún grado de deterioro en el desempeño laboral, siendo la depresión el factor más fuertemente asociado.

De la tabla anterior (3.1) es posible concluir que la proclividad a padecer depresión está, en su mayoría, determinada por factores como ser mujer, la inseguridad laboral, el bajo apoyo social, la baja remuneración económica, el pobre clima laboral, ser joven, el desequilibrio entre la tensión laboral y la recompensa al esfuerzo; también que el impacto que tiene sobre la productividad es más asociado a hombres que mujeres.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

En este capítulo se describen y detallan los recursos necesarios para llevar a cabo este estudio, al igual que el método utilizado y las herramientas para la recolección de datos que posteriormente serán analizados y darán pie a la comprobación de la hipótesis y consecución del objetivo establecido en el segundo capítulo.

4.1 Materiales

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó la Escala de Automedición para la Depresión (EAMD) de Zung (ver Anexo A) desarrollada en 1965, basada en la cuantificación de síntomas de base empírica; consta de 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, tienen gran peso los síntomas somáticos y cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. Quien contesta la Escala cuantifica la frecuencia con la que se presentan los síntomas por medio de una escala de Likert de 4 puntos, cada ítem puntúa de 1 a 4 para las frases de sentido negativo y de 4 a 1 para aquellas de sentido positivo (ver Anexo B); el rango de puntuación es de 20 a 80 puntos. El resultado puede presentarse como la sumatoria de dichas puntuaciones o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem, expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

También se requirió de una persona que fungió como aplicador de la prueba a los individuos de las líneas de producción seleccionadas previamente, las hojas y escalas de revisión de la Escala, una computadora, MiniTab®.

4.2 Métodos

En los siguientes apartados se describe la metodología utilizada, el tipo de investigación y su diseño y el análisis estadístico.

4.2.1. Tipo de Investigación

La presente investigación es de enfoque mixto, puesto que como objetivo de la misma, se establece identificar factores sociodemográficos de la muestra, características cualitativas tales como, edad, estado civil, género, número de hijos, etc., y al mismo tiempo, de alcance correlacional (cuantitativo), ya que busca conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular, en

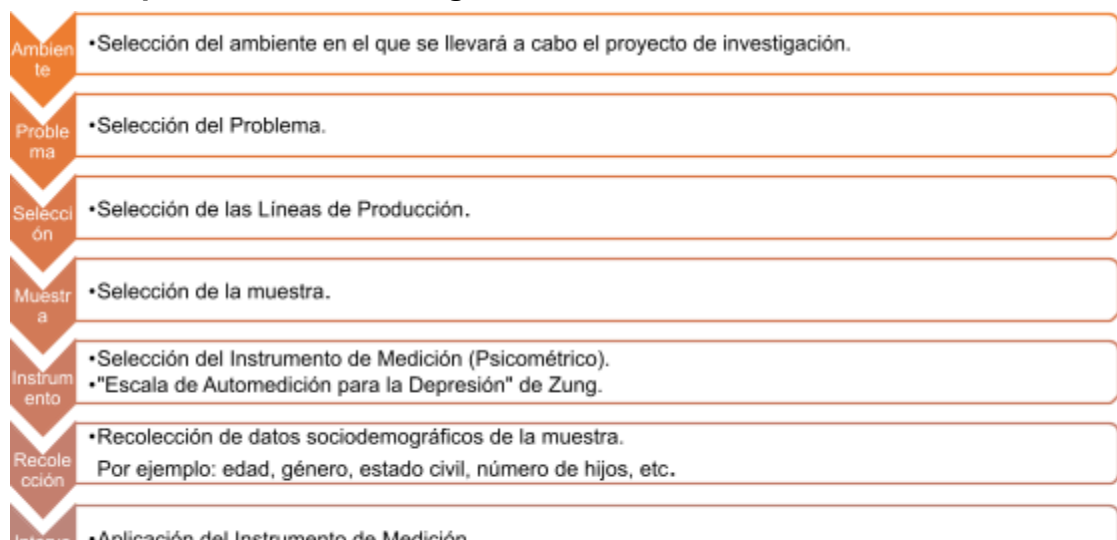
este caso, el efecto que producen estas variables en el índice de depresión del trabajador.

Tiene también componentes descriptivos, con el propósito de especificar propiedades, características y perfiles de las personas sometidas a análisis, es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables (Hernández et al. 2014).

Según Hernández et al. (2014), el diseño aquí presentado, definido como plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación y responder al planteamiento del problema, es no experimental de tipo transversal correlacional-causal. Estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales, o en función de la relación causa-efecto.

A diferencia de Bernal (2010), que establece una diferencia entre las investigaciones de tipo correlacional, que define como aquellas con el propósito de mostrar o examinar la relación entre variables o resultados de variables pero en ningún momento explica que una sea la causa de la otra; y las investigaciones explicativas o causales, con fundamento en la prueba de la hipótesis y en las que el investigador se plantea como objetivo estudiar el porqué de las cosas, hechos, fenómenos o situaciones, analizando causas y efectos de la relación entre variables. Entonces, de acuerdo a lo anterior, esta investigación es no experimental de tipo explicativo o causal.

4.2.2. Esquemático de Investigación



4.3 Operacionalización de la Hipótesis

4.3.1. Declaración de Variables

4.3.1.1. X₁ = Datos Sociodemográficos

Los datos sociodemográficos que se obtengan de la muestra, tales como, edad, sexo, estado civil, escolaridad y número de hijos servirán para buscar una correlación entre dichas características en los trabajadores con depresión y la eficiencia en el desempeño de su trabajo.

4.3.1.2. X₂ = Índice de Depresión

De acuerdo a los parámetros establecidos en la Escala de Automedición para la Depresión de Zung, las impresiones clínicas equivalentes (grado de depresión) son 4: Dentro de lo normal, sin patología; Presencia de depresión mínima o ligera; Presencia de depresión moderada o marcada; Presencia de depresión severa o extrema; Y la clasificación se hará según el puntaje obtenido en la prueba una vez realizada la revisión correspondiente.

La Escala no pretende diferenciar la depresión como enfermedad, de la depresión como síntoma, más bien, sirve para mediar cuantitativamente la intensidad de la depresión.

4.4. Plan de Muestreo

Censo, acotado en el mes de febrero 2023, de dos celdas de producción correspondientes a “Lexus” de primer turno, equivalente a 40 individuos y dos de “RAV-4” también de primer turno, que suman 27 individuos, dando un total de 67 pruebas aplicadas cada una con los datos sociodemográficos antes mencionados.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presenta una descripción gráfica de las características sociodemográficas obtenidas de la muestra, así como el índice de depresión obtenido de cada individuo y los resultados del análisis realizado.

En las tablas 5.1 y 5.2 se encuentra un concentrado de toda la información recopilada de la muestra, línea de carro en la cual desempeñan sus actividades laborales, sexo, edad, estado civil, número de hijos, escolaridad, la puntuación bruta obtenida una vez revisada la Escala de Automedición para la Depresión, el índice de depresión que indica la Escala según la puntuación bruta y por último, el criterio que clasifica el grado de significancia clínica de los síntomas de depresión.

Tabla 5.1 Concentrado de Información Rav-4

CARRI	SEXC	EDAD	ESTADO CIVI	NÚMERO DE HIJO	ESCOLARIDA	PUNTUACIÓN BRUT	ÍNDICE	CRITERIO
RAV-4	Mujer	39	Unión Libre	3	Secundaria	46	58	mínima o ligera
RAV-4	Mujer	48	Soltero	4	Secundaria	52	65	moderada o marcada
RAV-4	Mujer	51	Casado	1	Preparatoria	28	35	sin patología
RAV-4	Mujer	33	Soltero	2	Secundaria	43	54	mínima o ligera
RAV-4	Mujer	41	Soltero	2	Secundaria	47	59	mínima o ligera
RAV-4	Mujer	47	Casado	3	Secundaria	40	50	mínima o ligera
RAV-4	Mujer	18	Soltero	0	Secundaria	32	40	sin patología
RAV-4	Mujer	36	Soltero	3	Secundaria	32	40	sin patología
RAV-4	Mujer	22	Soltero	1	Secundaria	39	49	sin patología
RAV-4	Mujer	50	Divorciado	3	Secundaria	48	60	moderada o marcada
RAV-4	Mujer	37	Casado	2	Secundaria	51	64	moderada o marcada
RAV-4	Mujer	33	Unión Libre	3	Secundaria	51	64	moderada o marcada
RAV-4	Mujer	27	Unión Libre	2	Preparatoria	42	53	mínima o ligera
RAV-4	Hombre	32	Unión Libre	2	Secundaria	35	44	sin patología
RAV-4	Hombre	41	Casado	1	Secundaria	Invalidado	Invalidado	Invalidado
RAV-4	Hombre	44	Casado	2	Primaria	39	49	sin patología
RAV-4	Hombre	34	Unión Libre	1	Secundaria	25	31	sin patología
RAV-4	Hombre	53	Casado	2	Primaria	33	41	sin patología
RAV-4	Hombre	57	Casado	3	Carrera Técnica	22	28	sin patología
RAV-4	Hombre	42	Unión Libre	3	Primaria	46	58	mínima o ligera
RAV-4	Hombre	31	Soltero	0	Preparatoria	46	58	mínima o ligera
RAV-4	Hombre	37	Soltero	2	Secundaria	32	40	sin patología
RAV-4	Hombre	20	Soltero	0	Preparatoria	50	63	moderada o marcada
RAV-4	Hombre	43	Soltero	sin dato	sin dato	46	58	mínima o ligera
RAV-4	Hombre	42	Casado	3	Preparatoria	43	54	mínima o ligera
RAV-4	Hombre	24	Soltero	0	Preparatoria	41	51	mínima o ligera
RAV-4	Hombre	28	Soltero	0	Primaria	36	45	sin patología

Tabla 5.2 Concentrado de Información Lexus

LEXUS	Mujer	23	Soltera	0	Secundaria	49	61	moderada o marcada
LEXUS	Mujer	21	Soltera	0	Preparatoria	44	55	minima o ligera
LEXUS	Mujer	43	Soltera	3	Secundaria	61	76	severa o extrema
LEXUS	Mujer	40	Casada	1	Secundaria	41	51	minima o ligera
LEXUS	Mujer	50	Soltera	3	Secundaria	40	50	minima o ligera
LEXUS	Mujer	52	Divorciada	6	Primaria	53	66	moderada o marcada
LEXUS	Mujer	22	Soltera	0	Secundaria	46	58	minima o ligera
LEXUS	Mujer	50	Casada	4	Secundaria	39	49	sin patologia
LEXUS	Mujer	34	Unión Libre	5	Secundaria	33	41	sin patologia
LEXUS	Mujer	56	Unión Libre	1	Secundaria	37	46	sin patologia
LEXUS	Mujer	40	Unión Libre	3	Secundaria	49	61	minima o ligera
LEXUS	Mujer	49	Unión Libre	3	Primaria	55	69	moderada o marcada
LEXUS	Mujer	41	Unión Libre	4	Secundaria	61	76	severa o extrema
LEXUS	Mujer	sin dato	Soltera	4	Secundaria	46	58	minima o ligera
LEXUS	Mujer	42	Casada	2	Preparatoria	50	63	moderada o marcada
LEXUS	Mujer	37	Unión Libre	2	Secundaria	25	31	sin patologia
LEXUS	Mujer	42	Unión Libre	2	Preparatoria	36	45	sin patologia
LEXUS	Mujer	40	Divorciada	4	Secundaria	32	40	sin patologia
LEXUS	Mujer	46	Soltera	3	Secundaria	45	56	minima o ligera
LEXUS	Mujer	40	Unión Libre	2	Secundaria	50	63	moderada o marcada
LEXUS	Mujer	30	Unión Libre	2	Secundaria	45	56	minima o ligera
LEXUS	Mujer	24	Casada	1	Preparatoria	44	55	minima o ligera
LEXUS	Mujer	42	Soltera	2	Preparatoria	59	74	severa o extrema
LEXUS	Mujer	43	Casada	2	Secundaria	40	50	minima o ligera
LEXUS	Mujer	57	Casada	2	Secundaria	38	48	sin patologia
LEXUS	Mujer	49	Soltera	1	Primaria	47	59	minima o ligera
LEXUS	Mujer	44	Unión Libre	3	Secundaria	33	41	sin patologia
LEXUS	Hombre	22	Divorciado	2	Primaria	33	41	sin patologia
LEXUS	Hombre	19	Unión Libre	2	Primaria	34	43	sin patologia
LEXUS	Hombre	31	Soltero	2	Secundaria	39	49	sin patologia
LEXUS	Hombre	27	Casado	1	Secundaria	24	30	sin patologia
LEXUS	Hombre	43	Soltero	3	Secundaria	32	40	sin patologia
LEXUS	Hombre	42	Unión Libre	5	Primaria	37	46	sin patologia
LEXUS	Hombre	38	Soltero	2	Secundaria	33	41	sin patologia
LEXUS	Hombre	30	Unión Libre	3	sin dato	42	53	minima o ligera
LEXUS	Hombre	38	Soltero	0	Secundaria	51	64	moderada o marcada
LEXUS	Hombre	42	Casado	1	Secundaria	38	48	sin patologia
LEXUS	Hombre	37	Unión Libre	1	Secundaria	33	41	sin patologia
LEXUS	Hombre	39	Unión Libre	3	Secundaria	40	50	minima o ligera
LEXUS	Hombre	sin dato	Casado	2	Preparatoria	37	46	sin patologia

La figura 5.1 muestra que del total de sujetos pertenecientes a la muestra (67 individuos), 40 son mujeres y 27 hombres.

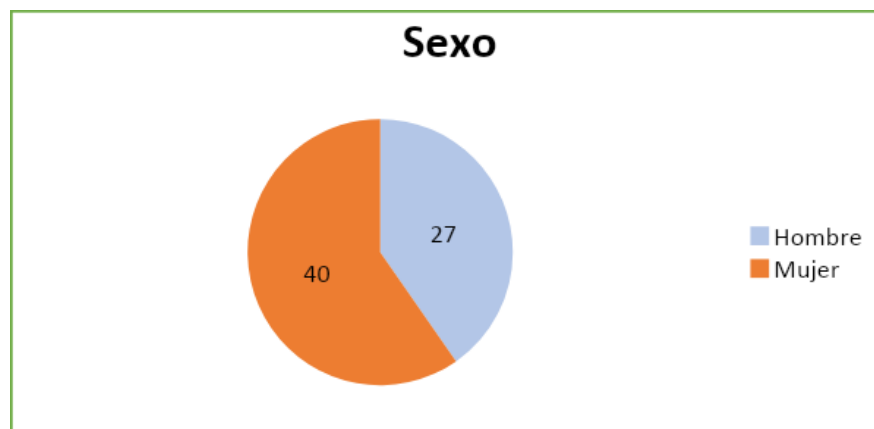


Figura 5.1 Cantidad de Hombres y Mujeres en la Muestra.

Las edades de la muestra oscilan entre los 18 y 57 años de edad.

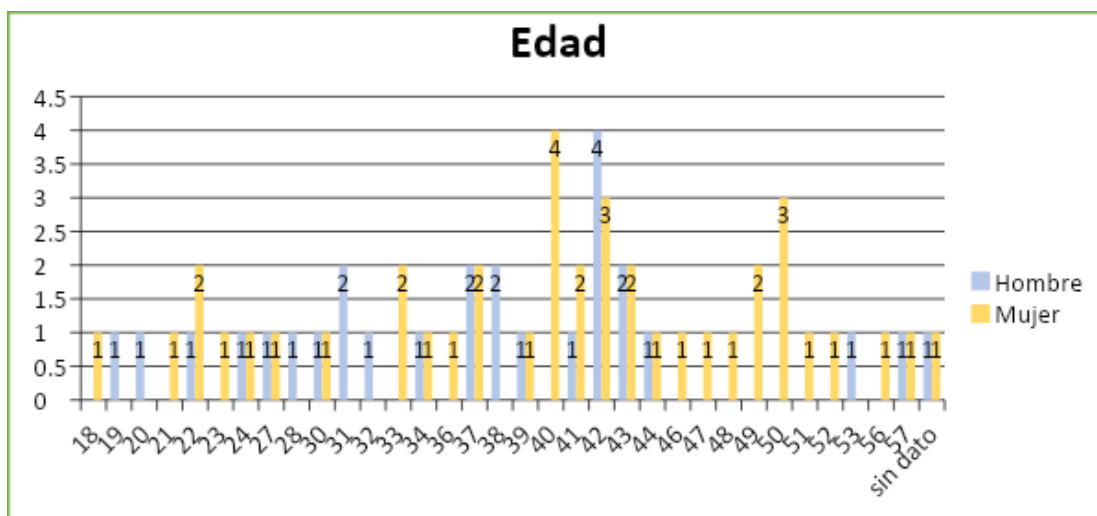


Fig. 5.2 Edades de la Muestra.

La mayoría de los individuos son solteros y son mujeres, mientras que los hombres en su mayoría se encuentran en unión libre, así como se muestra en la figura 5.3.

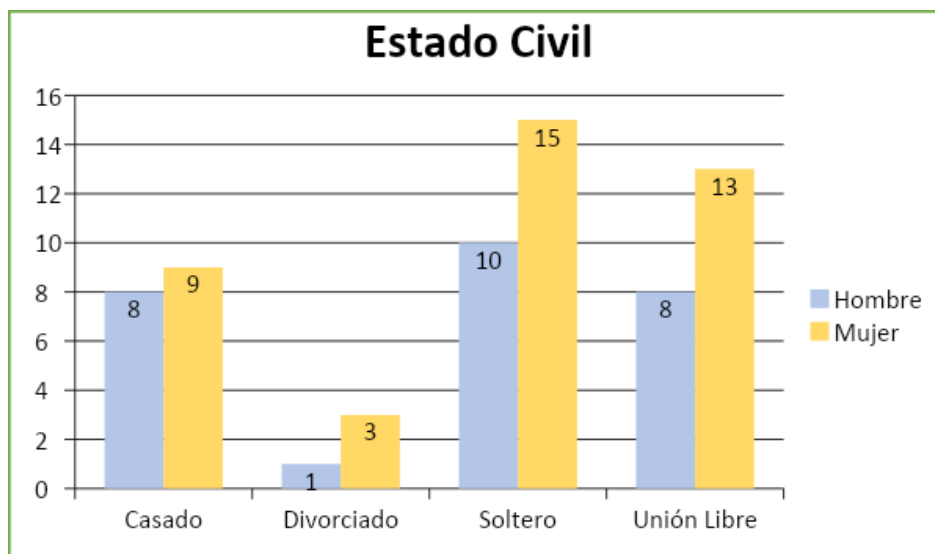


Fig. 5.3 Estado Civil de la Muestra.

En la figura 5.4 se muestra que la mayoría de tanto hombres como mujeres tienen solamente dos hijos.

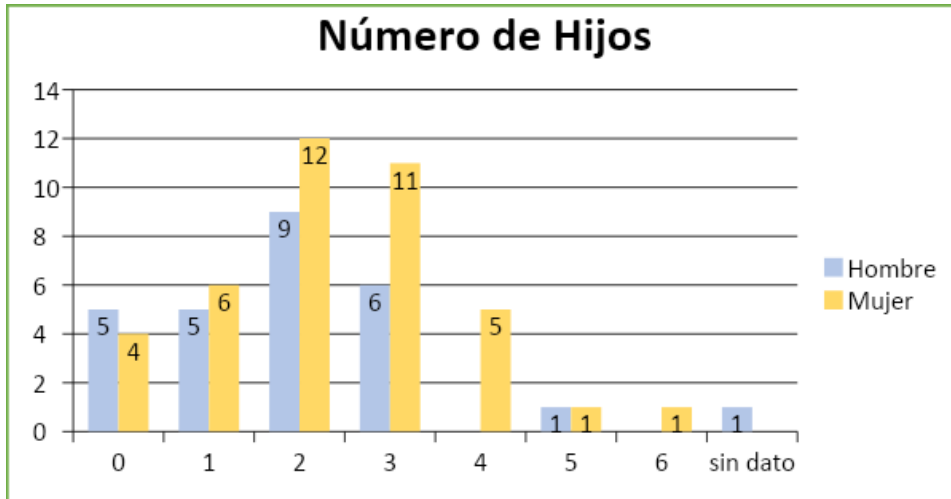


Fig. 5.4 Número de Hijos de la Muestra.

De acuerdo a la figura 5.5 el grueso de la muestra sólo tiene como máximo educación básica (secundaria).

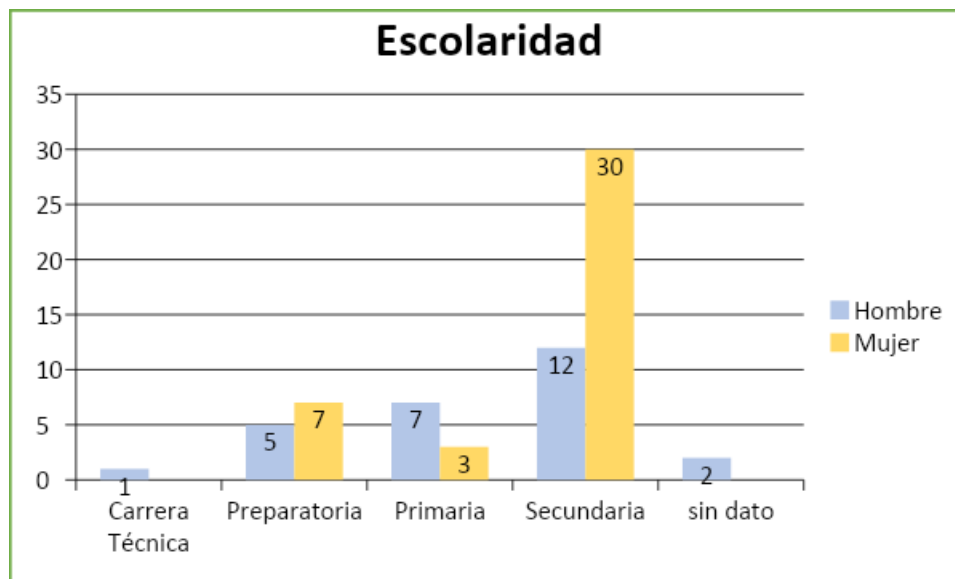


Figura 5.5 Escolaridad de la Muestra.

La figura 5.6 representa la puntuación bruta (eje X) obtenida después de la revisión de la Escala de Automedición para la Depresión que fue aplicada a la muestra.

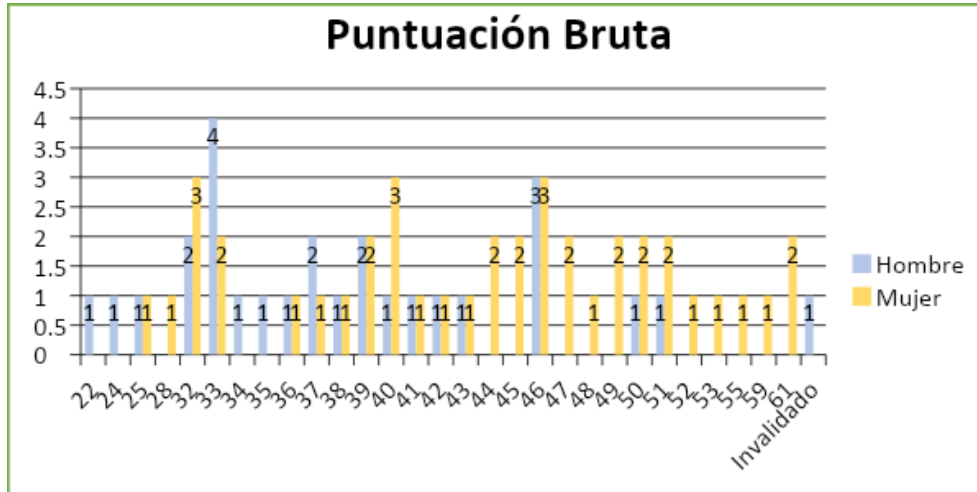


Fig. 5.6 Puntuación Bruta.

El Índice de Depresión (eje X) que se muestra en la figura 5.7 se obtiene convirtiendo la puntuación bruta obtenida posterior a la revisión de la prueba aplicada a la muestra según indique el tabulador (ver Anexo C) que forma parte del material de revisión de la Escala.

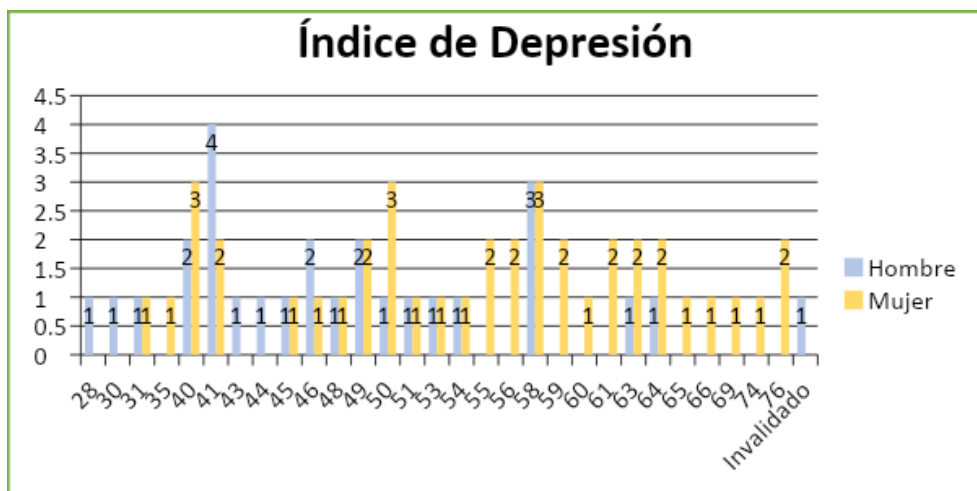


Fig. 5.7 Índice de Depresión de la Muestra según la EAMD.

El criterio de significancia clínica, al igual que el índice, se obtienen según la Escala de Automedición para la Depresión (ver Anexo D) y es la representación descriptiva del índice.

En la figura 5.8 se puede observar como en la muestra predomina la sintomatología depresiva con relevancia clínica mínima o ligera para las mujeres y sin patología en los hombres.

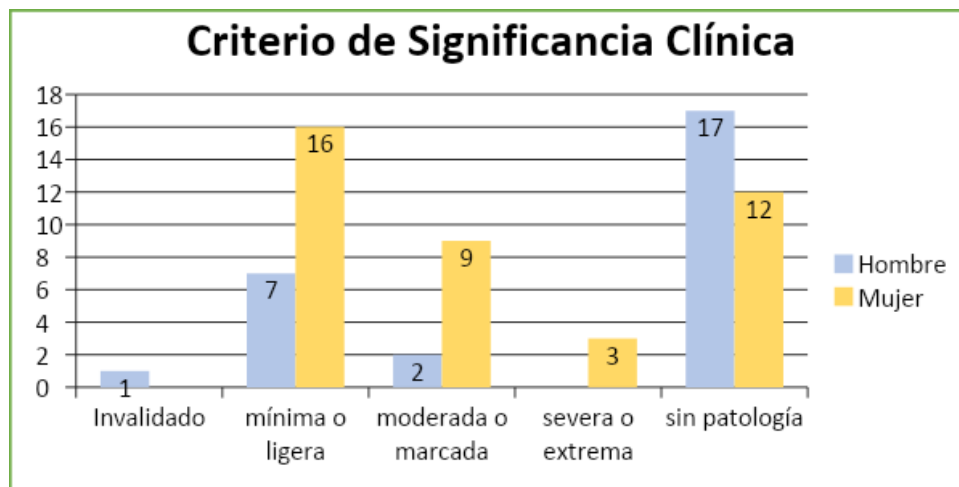


Fig. 5.8 Criterio de Significancia Clínica según el Índice de Depresión de la Muestra.

En primera instancia, los datos recabados muestran que en apariencia, ser mujer entre 35 y 55 años de edad, soltera o divorciada, con dos hijos o más y tener escolaridad básica son factores para presentar sintomatología depresiva con relevancia clínica moderada o marcada.

En cuanto al análisis, como un primer paso, es necesario realizar la prueba de normalidad, ya que depende de esta condición el tipo de análisis que se puede realizar. En la prueba de normalidad:

$$H_0: f(x) = \frac{1}{2\pi\sigma} e^{-\frac{1}{2} \frac{(x-\mu)^2}{\sigma^2}} \text{ (Los Datos son Normales)} \quad (5.1)$$

$$H_1: f(x) \neq \frac{1}{2\pi\sigma} e^{-\frac{1}{2} \frac{(x-\mu)^2}{\sigma^2}} \text{ (Los Datos No son Normales)} \quad (5.2)$$

En la tabla 5.3 se muestran los resultados de la prueba de normalidad de todas las variables consideradas en el estudio.

Tabla 5.3 Resumen de Pruebas de Normalidad

Variable	Anderson Darling	Valor p
Sexo	12.480	<0.005
Edad	0.933	0.012
Estado Civil	4.245	<0.005
Número de Hijos	1.774	<0.005
Escolaridad	7.877	<0.005
Índice	0.521	0.179

Si la probabilidad de cometer el error tipo I (alfa) es menor a 0.05, la hipótesis nula debe rechazarse, este valor se presenta como valor p. Como puede verse, solo la variable índice cumple con la condición de normalidad, por lo que el análisis de correlación entre todas las variables se realizó con la prueba correspondiente no paramétrica del coeficiente Rho de Spearman.

El análisis de correlación de Spearman evalúa las hipótesis:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

Donde Rho corresponde al coeficiente de correlación.

Tabla 5.4 Datos Convertidos a Valores Numéricos

SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS	ESCOLARIDAD	ÍNDICE
0	39	2	3	2	58
0	48	1	4	2	65
0	51	3	1	4	35
0	33	1	2	2	54
0	41	1	2	2	59
0	47	3	3	2	50
0	18	1	0	2	40
0	36	1	3	2	40
0	22	1	1	2	49
0	50	4	3	2	60
0	37	3	2	2	64
0	33	2	3	2	64
0	27	2	2	4	53
0	23	1	0	2	61
0	21	1	0	4	55
0	43	1	3	2	76
0	40	3	1	2	51
0	50	1	3	2	50
0	52	4	6	1	66
0	22	1	0	2	58
0	50	3	4	2	49
0	34	2	5	2	41
0	56	2	1	2	46
0	40	2	3	2	61
0	49	2	3	1	69
0	41	2	4	2	76
0	0	1	4	2	58
0	42	3	2	4	63
0	37	2	2	2	31
0	42	2	2	4	45
0	40	4	4	2	40
0	46	1	3	2	56
0	40	2	2	2	63

Tabla 5.4 Datos Convertidos a Valores Numéricos (Continuación)

0	30	2	2	2	56
0	24	3	1	4	55
0	42	1	2	4	74
0	43	3	2	2	50
0	57	3	2	2	48
0	49	1	1	1	59
0	44	2	3	2	41
1	32	2	2	2	44
1	41	3	1	2	0
1	44	3	2	1	49
1	34	2	1	2	31
1	53	3	2	1	41
1	57	3	3	3	28
1	42	2	3	1	58
1	31	1	0	4	58
1	37	1	2	2	40
1	20	1	0	4	63
1	43	1	0	0	58
1	42	3	3	4	54
1	24	1	0	4	51
1	28	1	0	1	45
1	22	4	2	1	41
1	19	2	2	1	43
1	31	1	2	2	49
1	27	3	1	2	30
1	43	1	3	2	40
1	42	2	5	1	46
1	38	1	2	2	41
1	30	2	3	0	53
1	38	1	0	2	64
1	42	3	1	2	48
1	37	2	1	2	41
1	39	2	3	2	50
1	0	3	2	4	46

En la figura 5.9 se muestran los resultados del análisis de correlación con todas las variables incluidas en el estudio.

Spearman Rho: SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, NÚMERO DE HIJOS, ESCOLARIDAD, ÍNDICE				
	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS
EDAD	-0.184 0.135			
ESTADO CIVIL	0.009 0.942	0.311 0.010		
NÚMERO DE HIJOS	-0.236 0.055	0.398 0.001	0.253 0.039	
ESCOLARIDAD	-0.179 0.148	-0.181 0.142	-0.033 0.792	-0.210 0.088
ÍNDICE	-0.380 0.002	0.063 0.614	-0.218 0.077	0.110 0.375
ÍNDICE	ESCOLARIDAD			
	0.019			
	0.877			

Cell Contents: Spearman rho
P-Value

Figura 5.9 Matriz de Correlación

En el primer renglón de la matriz se indica el valor del coeficiente de correlación Rho de Spearman, mientras que en el segundo renglón se indica el valor p. Si este valor p es menor a un nivel de significación preestablecido, generalmente 0.05, se considera esa correlación como significativa.

Puede verse entonces que, para nuestra variable central, el índice de depresión, existe una correlación significativa con el sexo y una posible significancia con el estado civil. Se pueden observar significancias entre variables como la edad y el estado civil y lógicamente con el número de hijos.

Una prueba más potente, es la de los coeficientes parciales, esto es, se estima la correlación y su significancia para las variables de interés principales, descartando la aportación directa de las demás variables. Para este análisis, se

estima una regresión lineal con la variable de interés como dependiente y las demás independientes. Se realiza esto para las variables de interés, con los residuos de estas estimaciones, se determinan nuevamente los coeficientes de correlación. En las figuras 5.10 y 5.11 se muestran estos resultados.

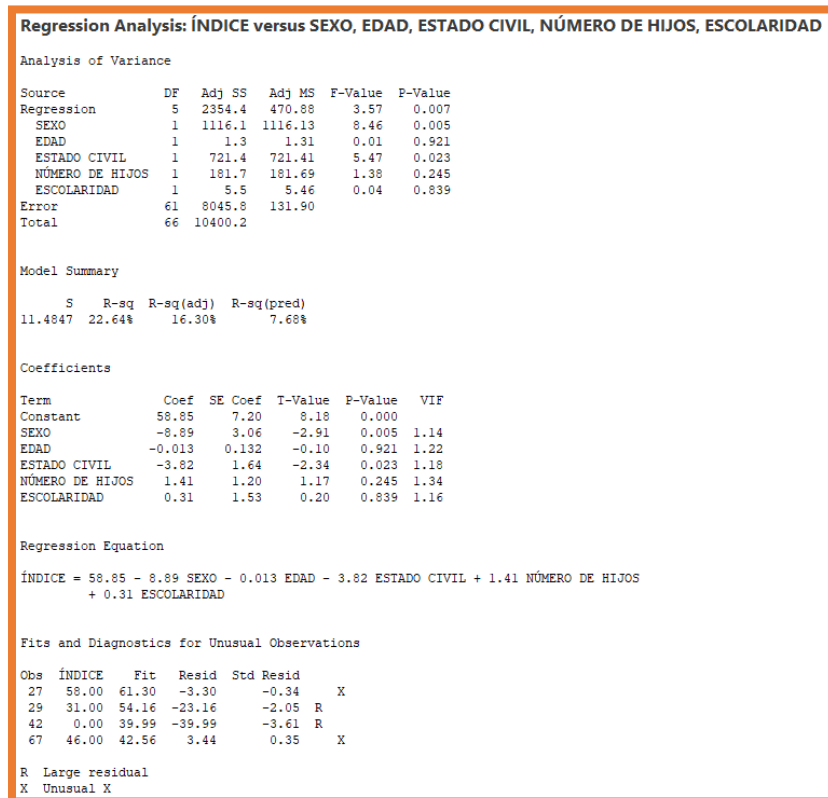


Fig. 5.10 Análisis de Regresión, Variable Índice como Dependiente.

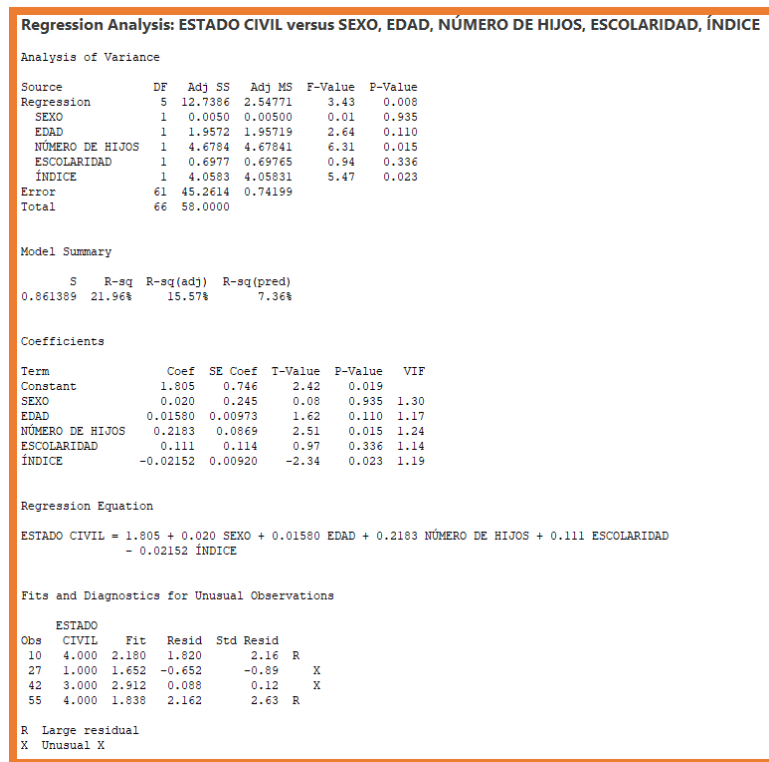


Fig. 5.11 Análisis de Regresión, Variable Estado Civil como Dependiente.

La matriz de correlación con los residuos correspondientes (RESI1: Índice; RESI2: Sexo; RESI3: Estado Civil), muestra una significación por demás relevante entre el índice de depresión y el sexo, así como con el estado civil. Si se toma en cuenta la descriptiva respecto al sexo, entonces es posible comprender que, en definitiva, la mujer tiende a deprimirse más que el hombre. En el mismo sentido, la depresión está directamente correlacionada con el estado civil, que, considerando el escalamiento que se le dio a las categorías (1 para soltero, 2 para Casado, 3 para unión libre y 4 para divorciado), es claro que es más probable la presencia de depresión en el divorciado. En la figura 5.12 se muestra la matriz de correlaciones parciales.

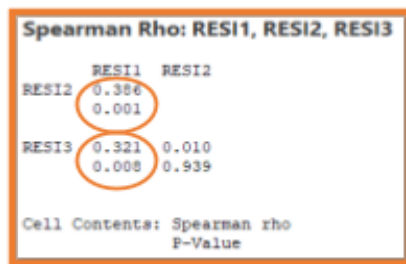


Figura 5.12 Coeficientes de Correlación Parciales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones a las que se ha llegado y las recomendaciones que se hacen de acuerdo a los resultados de esta investigación.

6.1 Conclusiones

A pesar de que las variables sexo vs. número de hijos, edad vs. número de hijos y estado civil vs. número de hijos también muestran una correlación significativa entre sí, para motivos de esta investigación, sólo destacaremos las que presentan un grado de significancia con el índice de depresión, aunque más adelante se explica cómo estos factores pueden influir en la significancia clínica de la sintomatología presentada por los trabajadores.

El índice de depresión se presenta en mayor grado a las mujeres, las causas no están incluidas en este estudio sin embargo en la matriz de correlaciones se destaca la correlación existente entre sexo vs. número de hijos con un coeficiente = -0.236 y un valor $p = 0.055$, esta correlación explica cómo pudiera la carga financiera respecto a la cantidad de hijos, así como la responsabilidad que ellos representan impactar en la salud mental y emocional del responsable, tomando en cuenta que, según el análisis de correlación, ser divorciada también es una característica sociodemográfica con proclividad a la depresión.

6.2 Recomendaciones

De acuerdo a los resultados ya explicados, queda una ventana de oportunidad en la que se puede indagar a mayor profundidad y por separado la variable de respuesta sobre el sexo (hombre o mujer) del trabajador en relación al número de hijos, estado civil y edad.

La metodología llevada a cabo puede ser replicada en otras líneas de producción con la finalidad de que, dentro de la maquiladora, la atención psicológica que sea brindada a las mujeres sea reforzada, dándole visibilidad a los problemas de salud mental y del estado emocional de las trabajadoras, con la finalidad de que reciban un servicio de calidad, humano e integral; todo esto impactará positivamente sobre la percepción que tenga el empleado sobre su entorno de trabajo y satisfacción laboral y por consecuencia, su desempeño y estancia en el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrajan Castro, M.G., Contreras Padilla, J.M., Montoya Ramírez, S. (2009). Grado de satisfacción laboral y condiciones de trabajo: una exploración cualitativa. Enseñanza e Investigación en Psicología. 14(1). 105-118. ISSN 0185-1594.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5)*. Editorial Médica Panamericana, España. 5ta Edición.
- Baptista, D., Méndez, S., Zunino, Noelia. (2016). Ausentismo Laboral. VI Jornadas Académicas de la Facultas de Ciencias Económicas y de Administración.
https://fcea.udelar.edu.uy/campanas/Jornadas_Academicas/2016/Ponencias/Administracion/Ausentismo%20Zunino%20Mendez%20y%20Baptista.pdf (Rescatado 5 de junio 2022).
- Bernal, C.A. (2010). *Metodología de la Investigación*. Pearson Educación, Colombia. 3era Edición. ISBN 978-958-699-128-5.
- Bertolote, J.M. (2008). The roots of the concept of mental health. World Psychiatry. 7(2). 113-116. PMID: 18560478. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408392/> (Rescatado 6 de junio 2022).
- Cantero-Téllez, E.A., Ramírez-Páez, J.A. (2009). Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 47(6). 627-636. ISSN: 0443-5117.
- Córdoba Coronel, J.J., Fuentes Fuentes, A., Ruiz Rincón, C. (2011). Revisión bibliográfica sobre características sociodemográficas y repercusiones de la depresión en el trabajador. Medicina y Seguridad del Trabajo. 57(223). 174-187.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (1970). Ley Federal del Trabajo. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo9059.html> (Rescatado 25 de abril 2023).

- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2018). Norma Oficial Mexicana NOM-035, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo, Identificación, análisis y prevención. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018#gsc.tab=0 (Rescatado 2 de junio 2022).
- Flores Bazán, R. (2012). Análisis de la relación entre ergonomía, calidad de vida y eficiencia de la producción en la industria maquiladora de Tamaulipas. ANFECA. <https://investigacion.fca.unam.mx/docs/memorias/2012/5.02.pdf> (Recuperado 2 de octubre 2022).
- Flores, R., Abreu, J.L., Badii, M.H. (2008). Factores que originan la rotación de personal en las empresas mexicanas. Daena: International Journal of Good Conscience. 3(1). 65-99. ISSN 1870-557X.
- Garay López, J.C. (2005). *Niveles de Depresión, Autoestima, y Estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa)*. Tesis Doctoral. México, D.F.: Universidad Iberoamericana.
- Geo-Salud. https://www.geosalud.com/salud_mental/depresion-en-el-trabajo.html (Rescatado 10 febrero 2022).
- Gil-Monte, P.R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Revista Española de Salud Pública. 83(2). 169-173.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, M.P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill/ Interamericana Editores, S.A. de C.V., México. 6ta Edición.
- Londoño Pérez, C., González Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. Acta Colombiana de Psicología. 19(2). 315-329.
- Martínez Buevas, L., Oviedo-Trespalacios, O., Luna Amaya, C. (2013). Condiciones de trabajo que impactan en la vida laboral. Salud Uninorte. 29(3). 542-560. ISSN 0120-5552.

- Mokate, K.M. (2001). *Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿Qué queremos decir?*. Banco Interamericano de Desarrollo, Estados Unidos de América.
- Mudgal, J., Guimaraes Borges, G.L., Díaz-Montiel, J.C., Flores, Y., Salmerón, J. (2006). Depression among health workers: The role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. *Salud Mental*. 29(5). 1-8.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2022). Ausentismo. https://www.ilo.org/Search5/search.do?searchWhat=ausentismo&locale=es_ES (Recuperado 15 de junio 2022).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2023). Trabajadores. <https://www.ilo.org/global/topics/labour-administration-inspection/resources-library/publications/guide-for-labour-inspectors/workers/lang--es/index.htm> (Rescatado 25 de abril 2023).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. OPS.10ma Revisión.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> (Rescatado 25 de junio 2022).
- Pujol-Cols, L.J., Dabos, G.E. (2018). Satisfacción laboral: una revisión de literatura acerca de sus principales determinantes. *Estudios Gerenciales*. 34(146). 3-18.
- Queb González, V.H. (2009). *Modelo de implementación de sistemas de manufactura esbelta basado en el estudio de casos de éxito*. Tesis de Maestría. Monterrey, N.L.: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Monterrey.
- Ruiz-Frutos, C., Delclós, J., Ronda, E., García, A.M., Benavides, F.G. (2022). *Salud Laboral: Conceptos y Técnicas para la Prevención de Riesgos Laborales*. Elsevier, España. 5ta Edición.

- Sánchez, D.C. (2015). Ausentismo laboral: una visión desde la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. Revista Salud Bosque. 5(1). 43-54.
- Sanín Posada, J.A., Salanova Soria, M. (2014). Satisfacción laboral: el camino entre el crecimiento psicológico y el desempeño laboral en empresas colombianas industriales y de servicios. Universitas Psychologica. 13(1). 95-107.
- Tamayo Contreras, P. (2016). *Percepción y satisfacción laboral como precursoras de rotación de personal*. Tesis Doctoral. Granada: Universidad de Granada.
- Tatamuez-Tarapues, R.A., Domínguez, A.M., Matabanchoy-Tulcán, S.M. (2019). Revisión sistemática: Factores asociados al ausentismo laboral en países de América Latina. Universidad y Salud. 21(1). 100-112.
- Vázquez Machado, A. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. Multimed. 20(3). 586-602.
- Zorrilla Briones, F. (2007). *Implementación de Manufactura Esbelta en un Taller de Maquinados*. Tesis de Maestría no publicada. Instituto Tecnológico de Ciudad Juárez.
- Zung, W. (1965). Self-Rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry 12. 63-70.

ANEXO A

ESCALA DE AUTOMEDICIÓN PARA LA DEPRESIÓN

Fecha _____

LEXUS - RAV-4

Estado civil _____ Escolaridad _____

Número de hijos _____ Edad _____ Sexo: Hombre - Mujer

ITEMS	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído.				
2. Por las mañanas me siento mejor.				
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro..				
4. Me cuesta mucho dormir por la noche..				
5. Como igual que antes.				
6. Aún tengo deseos sexuales.				
7. Noto que estoy adelgazando.				
8. Estoy estreñido.				
9. El corazón me late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente esta tan despejada como siempre.				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13. Me siento intranquilo y no puedo estarme quieto.				
14. Tengo confianza en el futuro.				
15. Estoy más irritable que de costumbre.				
16. Tomo decisiones fácilmente.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Encuentro agradable vivir.				
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto.				
20. Sigo disfrutando lo que hacía.				

ANEXO B

Nunca o raras veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre o siempre
1	2	3	4
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
1	2	3	4
4	3	2	1

ANEXO C

Índice de EAMD	Impresiones Clínicas Equivalentes Globales
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin patología.
50-59	Presencia de Depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de Depresión moderada o marcada
70 o mas	Presencia de Depresión severa o extrema

ANEXO D

Punt. Bruta	Índice EAMD	Punt. Bruta	Índice EAMD	Punt. Bruta	Índice EAMD	Punt. Bruta	Índice EAMD	Punt. Bruta	Índice EAMD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100