



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de
Medicina del Trabajo y Ambiental
**Relación de la presencia de Ansiedad y Depresión con los Factores
de Riesgo Psicosociales evaluados por el CUESTIONARIO
COPENHAGUE (COPSOQ), en asegurados del régimen obligatorio
del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada 25 SLP, en
el periodo 2023**

Dra. Miriam Hernández Rojas

DIRECTOR CLÍNICO
DR. Carlos Armando Vélez Dávila
Especialista en Medicina del Trabajo

DIRECTOR METODOLÓGICO
D en C. Úrsula Fabiola Medina Moreno
profesor investigador del departamento de
farmacología de la facultad de medicina, UASLP

SAN LUIS POTOSÍ

Enero 2025



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de
Medicina del Trabajo y Ambiental

**Relación de la presencia de Ansiedad y Depresión con los Factores
de Riesgo Psicosociales evaluados por el CUESTIONARIO
COPENHAGUE (COPSOQ), en asegurados del régimen obligatorio
del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada 25 SLP, en
el periodo 2023**

DRA. MIRIAM HERNÁNDEZ ROJAS

NO. de CVU del CONACYT; 1189943, ORCID: 0009-0008-4516-8954

DIRECTOR CLÍNICO

DR. CARLOS ARMANDO VÉLEZ DÁVILA

ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

NO. DE CVU DEL CONACYT: 879117; ORCID: 0000-0003-4024-06182

DIRECTOR METODOLÓGICO

D. EN C. ÚRSULA FABIOLA MEDINA MORENO

PROFESOR INVESTIGADOR DEL DEPARTAMENTO DE
FARMACOLOGÍA

FACULTAD DE MEDICINA, UASLP.

NO. DE CVU DEL CONACYT: 308929; ORCID: 000-0003-4906-223X

SINODALES

Poner aquí grado y nombres completos

Presidente

Poner aquí grado y nombres completos

Sinodal

Poner aquí grado y nombres completos

Sinodal

Poner aquí grado y nombres completos

Suplente



Relación de la presencia de Ansiedad y Depresión con los Factores de Riesgo Psicosociales evaluados por el CUESTIONARIO COPENHAGUE (COPSOQ), en asegurados del régimen obligatorio del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada 25 SLP, en el periodo 2023. Por Miriam Hernandez Rojas . Se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International

RESUMEN

Determinar la relación entre la presencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión y los factores psicosociales evaluados por el cuestionario Copenhague (COPSOQ), versión media en trabajadores del régimen obligatorio de la OOAD 25 SLP, en el periodo 2023. Se incluyeron 50 trabajadores del régimen obligatorio de 18-65 años con diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión y ansiedad del segundo nivel de atención de los servicios de psiquiatría del Hospital General de Zona con Medicina Familiar N°01 de San Luis Potosí. No se encontró significancia estadística en cuanto a las variables sociodemográficas. Se encontró significancia estadística para la mayoría de las dimensiones psicosociales en el nivel de riesgo no tolerable, para exigencias psicológicas se obtuvo una mediana (Q1, Q3) de 5 puntos (3,6), (p:0.133). Trabajo Activo Y Posibilidades de desarrollo de habilidades una mediana (Q1, Q3) 15.5 puntos (14.0, 17.0) (p: <0.001). Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo una mediana (Q1, Q3) 13.5 puntos (10.0, 20.0) (p; <0.001). Compensaciones una mediana (Q1, Q3) 9.0 puntos (7.5, 9.5) (p <0.001). Doble Presencia una mediana (Q1, Q3) 10.5 puntos (6.5, 12.0) (p: 0.017).

Palabras clave: Trastorno mixto de ansiedad y depresión, factor de riesgo psicosocial, salud mental

INDICE	Página
RESUMEN	6
LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE ILUSTRACIONES	8
LISTAS DE ABREVIATURAS Y DEFINICIONES	9
ANTECEDENTES	11
JUSTIFICACIÓN.....	22
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
HIPÓTESIS.....	23
OBJETIVOS.....	23
SUJETOS Y MÉTODOS	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	25
ÉTICA	32
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	48
LIMITACIONES Y NUEVAS PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO	49
CONCLUSIONES.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

LISTA DE TABLAS	Página
Tabla 1. Dimensiones y dimensiones psicosociales.....	21
Tabla 2. Evaluación de la normalidad de las variables continuas	33
Tabla 3. Características generales de la población de estudio	34
Tabla 4. Características de la antigüedad y actividad laboral.....	37
Tabla 5. Características del tiempo de diagnóstico	39
Tabla 6. Dimensiones psicosociales por apartados y nivel de riesgo psicosocial .	41
Tabla 7. Efecto de las variables significativas	45
Tabla 8. Análisis post HOC de las variables significativas	47
Tabla 9. Análisis de regresión lineal	47

LISTA DE ILUSTRACIONES

Página

Figura 1. Comparativo de sexo en la población de estudio por nivel de riesgo	35
Figura 2. Comparativa edad en años en la población de estudio por nivel de riesgo	35
Figura 3. Comparativo de estado civil, en la población de estudio por nivel de riesgo psicosocial. 1) soltero, 2) casado, 3) unión libre, 5) divorciado	36
Figura 4. Antigüedad laboral por nivel de riesgo psicosocial en la población de estudio	37
Figura 5. Ocupación por nivel de riesgo psicosocial en la población de estudio. .	38
Figura 6. Tiempo de diagnóstico de depresión y ansiedad.....	39
Figura 8. Apartado 1. Exigencias Psicológicas y nivel de riesgo psicosocial	42
Figura 11. Apartado 4. Compensaciones y nivel de riesgo psicosocial	43
Figura 12. Apartado 5. Doble presencia y nivel de riesgo psicosocial	44
Figura 13. Puntaje Total con el nivel de riesgo psicosocial.....	44
Figura 14. Plot del análisis post HOC de apartado 2 en los niveles de riesgo psicosocial.....	45
Figura 15. Plot del análisis post HOC de apartado 3 en los niveles de riesgo psicosocial.....	45
Figura 16. Plot del análisis post HOC de apartado 4 en los niveles de riesgo psicosocial.....	46
Figura 17. Plot del análisis post HOC de apartado 5 en los niveles de riesgo psicosocial.....	46

LISTAS DE ABREVIATURAS Y DEFINICIONES

- AVAD:** Años de Vida Ajustados por Discapacidad
- COPSOQ:** Cuestionario Psicosocial Copenhague
- ENEP:** Estrategia Nacional de Educación Pública
- GPC:** Guía de Práctica Clínica
- IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social
- INEGI:** Instituto Nacional de estadística y Geografía
- ISTAS:** Instituto Sindical del Trabajo
- MO:** Moderado
- NOM:** Norma Oficial Mexicana
- NT:** No Tolerable
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- OAD:** Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
- OPS:** Organización Panamericana de Salud
- STPS:** Secretaria de Trabajo y previsión Social
- SAP:** Servicios de Atención Psiquiátrica
- TOL:** Tolerable

DEFINICIONES

-Ansiedad: Estado emocional desagradable que se caracteriza por alteraciones tanto físicas como psicológicas. Puede presentarse como una manera adaptativa normal o como un síntoma o síndrome asociado a diversas enfermedades médicas y psiquiátricas. (11) Se considera patológica cuando es irracional por la manera de presentación, ya sea que no haya un estímulo que la justifique, su intensidad es desproporcionada al estímulo presente, su duración es excesiva o se presenta de manera recurrente sin motivo aparente, lo que ocasiona una disfunción significativa en la persona. (11)

-Depresión: es una alteración patológica del estado de ánimo caracterizada por un descenso significativo del humor, en el que predominan síntomas emocionales como tristeza profunda, culpa, soledad, irritabilidad, desesperanza y una sensación de malestar e impotencia frente a las demandas de la vida. También se manifiestan en mayor o menor grado, síntomas cognitivos como; dificultad para concentrarse, pensamientos de muerte o ideas suicidas, síntomas volitivos como apatía, pérdida de interés o placer, lentitud psicomotora, descuido de las actividades diarias y síntomas somáticos como cefalea, fatiga, contracturas musculares y alteraciones del sueño. (6)

-Factores de riesgo psicosocial: Son aquellos que pueden generar trastornos como la ansiedad, alteraciones no orgánicas del ciclo sueño-vigilia, estrés grave y dificultades de adaptación. Estos riesgos están asociados a la naturaleza de las tareas del puesto de trabajo, tipo de jornada laboral y la exposición a eventos traumáticos graves o actos de violencia relacionados con las actividades desempeñadas por el trabajador. (14)

ANTECEDENTES

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) el 3.8% de la población mundial padece depresión, incluyendo al 5% de los adultos y al 5.7% de las personas mayores de 60 años. A nivel global, alrededor de 280 millones de personas viven con esta condición (1). Estos datos son particularmente relevantes, ya que, según la misma organización más de 700 000 personas se suicidan anualmente, lo que convierte al suicidio en la causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años (1).

En México, según un estudio llevado a cabo en 2021 por los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), se estimó que alrededor de 3.6 millones de adultos sufren de depresión, dentro de este grupo, se identifica que el 1 % presenta casos severos de la enfermedad (7). La depresión afecta a la población adulta en todo el mundo y puede perturbar las actividades diarias de las personas, incluyendo el trabajo, la escuela y las responsabilidades familiares, e incluso en casos extremos puede llevar al suicidio. Según datos de del INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) la tasa de suicidio ha ido en aumento, en 2017 la tasa oscilaba de 5.3 por cada 100 000 habitantes y para el año 2022 aumentó a 6.3 por cada 100 000 con un total de 1629 suicidios más que en el año 2017. Con un total de 8239 (17) El mayor número de suicidios se registraron en el rango de edad de 20 a 34 años. La tasa más alta se observó en el grupo de 25 a 29 años (11.6 por cada 100 mil), seguida por el grupo de 30 a 34 años (11.0 por cada 100 mil). El grupo de 20 a 24 años mostró una tasa de 10.6 por cada 100 mil. (17)

La ansiedad es uno de los trastornos mentales con más prevalencia a nivel mundial, se calcula que un 4% de la población mundial la padece. Este padecimiento afectó a 301 millones de personas en 2019 con una mayor incidencia en mujeres que en hombres (2) también señala que los trastornos de ansiedad comienzan a una edad temprana, con una mediana de inicio a los 15 años, y alcanzan su mayor prevalencia entre los 25 y 45 años (1)

Según la OMS en 2007 la prevalencia en México de cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida fue del 14.3%. Este dato coincide con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2003 que señala que los trastornos de ansiedad son

los más comunes entre los trastornos mentales en el país. Se observa que los subtipos con mayor prevalencia son la fobia específica, fobia social y el trastorno de estrés postraumático, con una prevalencia más alta en mujeres que en hombres. (11)

Depresión; la depresión es una enfermedad que engloba un trastorno afectivo que se presenta en cualquier etapa de la vida y se caracteriza por sentimiento de tristeza de manera excesiva, este puede dividirse en episodio trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente también llamado distimia. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por tener una duración mayor a dos semanas y puede cursar con problemas para comer y dormir, que, suele acompañarse de sentimientos como la culpa, cansancio excesivo, dificultad para concentrarse y comúnmente pensamientos entorno a la muerte. El trastorno depresivo persistente tiene una duración mayor y se caracteriza por no tener exaltaciones del estado de ánimo y que no cumple con la gravedad suficiente para ser considerado en la otra división.

(4). **Factores de riesgo;** Gracias a los avances en la investigación acerca de los trastornos mentales, se sabe que la depresión tiene origen multifactorial, este puede desencadenarse de manera aislada pero, aquellas personas que tiene carga genética de historial familiar de depresión u otro trastorno psiquiátrico, duelo por perdida de un ser querido, aquellas que padezcan alguna enfermedad crónico-degenerativa, eventos traumáticos a lo largo de la vida, sufran de violencia intrafamiliar, cambios económicos que no permitan sostener el ámbito familiar y personal y otros casos como dependencias a sustancias alcohólicas y drogas aumentan la probabilidad de padecer depresión. (6)

Diagnóstico se basa en identificar cambios de comportamiento en los pacientes o trabajadores, esto puede darse de forma temprana a través de un interrogatorio directo para identificar factores de riesgo. Deben realizarse preguntas de detección como; ¿Ha perdido interés o placer en actividades que antes disfrutaba? y ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño o mantenerse dormido? En caso de que alguna de las preguntas sea afirmativa es importante realizar investigación sobre PSICACES además de los criterios CIE-10 de la OMS (6) Es importante destacar si

existe sintomatología que orienten hacia el diagnóstico. La GPC (Guía de Práctica Clínica) Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto, propone la mnemotecnica PSICACES (6)

P- Psicomotricidad disminuida o aumentada, **S-** Sueño alterado (aumento o disminución), **I-** Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute), **C-** Concentración disminuida, **A-** Apetito y peso (disminución o aumento), **C-** Culpa y autorreproche, **E-** Energía disminuida, fatiga, **S-** Suicidio (pensamientos)

Se determina el diagnóstico si cuatro de los síntomas anteriores (PSICACES) persisten la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas ó cuando estos síntomas han impactado negativamente en su desempeño personal, laboral, académico, familiar, social (6). Dado que varios elementos que pueden influir en la evolución, duración y severidad de la depresión, es importante examinar los siguientes aspectos:

- Aspectos del episodio depresivo: su duración, frecuencia e intensidad de los síntomas, así como la presencia de otras enfermedades concurrentes.
- Evaluación de aspectos psicosociales, como el apoyo social y ámbito familiar, profesional, laboral y sentimental.
- Nivel de disfunción y/o discapacidad asociados.
- Evaluación del riesgo de suicidio.
- La respuesta a tratamientos previos (6)

Herramientas de detección existen herramientas que coadyuvan para la identificación de un probable trastorno depresivo, como lo es el Inventario de Depresión de Beck diseñado en 1961 (18) El cual ayuda identificar manifestaciones conductuales que pudieran llevar al diagnóstico, además de la valoración clínica (18)

Ansiedad

El trastorno de ansiedad es un padecimiento común entre los diagnósticos psiquiátricos, este tipo de trastornos generalmente comienzan durante la adolescencia, su prevalencia más alta es durante la adultez, afectando la etapa más activa de la vida laboral, social y emocional. Las personas que sufren de estos trastornos a menudo demoran en buscar atención o recibir la ayuda adecuada, lo que puede llevar a la cronicidad y aumentar la predisposición a la discapacidad asociada (11) El trastorno de ansiedad se caracteriza por una preocupación excesiva por ejemplo cuestiones como agorafobia, cuestiones de salud que pueden caer en sintomatología hipocondriaca o pensamientos acerca del daño que pudieran padecer sus familiares, amigos o compañeros. El trastorno de ansiedad no debe tener relación con alguna alteración medicamentosa o alteración metabólica. Este trastorno se caracteriza por presentarse en mayor número de días a comparación de los que está ausente por un periodo de seis meses. Estos trastornos están estrechamente ligados a la salud física, siendo esta un factor influyente en su desarrollo. Muchos de los efectos asociados con la ansiedad, como la tensión corporal, la hiperactividad del sistema nervioso o el consumo excesivo de alcohol (11). Etiología; los trastornos de ansiedad, junto con otras condiciones de salud mental, se originan debido a una interacción compleja de factores sociales y psicológicos. Cualquier individuo puede experimentar un trastorno de ansiedad, aunque aquellos que han enfrentado abusos, pérdidas significativas u otras experiencias adversas tienen una mayor predisposición a padecerlo (11). Factores de riesgo según la GPC Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, una historia familiar de ansiedad u otros trastornos psiquiátricos, situaciones estresantes o traumáticas a lo largo del desarrollo, comorbilidades o dependencia de sustancias propician un mayor riesgo a padecer un trastorno de ansiedad (11). **Diagnóstico:** existen síntomas físicos y síntomas psíquicos, los signos físicos; Cansancio excesivo, mareos, hiperhidrosis, taquicardia, parestesias contracturas musculares de manera repetitiva entre otros (11). Signos psíquicos; Intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada,

miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir y continuamente sensación de muerte inminente (11,21)

Existen escalas o herramientas que por sí solas no determinan diagnósticos, sino que ayudan a identificar a personas con puntuaciones elevadas que podrían indicar la presencia de trastornos mentales, como lo es la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) una herramienta utilizada para medir la gravedad de la ansiedad en individuos, consta de 14 ítems que evalúan tanto síntomas psíquicos como somáticos de la ansiedad.

Panorama de vida laboral perdida por trastornos mentales

La Incapacidad Temporal para el Trabajo, de acuerdo con el Artículo 137 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, se define como la pérdida parcial o total de habilidades físicas o mentales que impide al asegurado llevar a cabo su labor habitual durante un período determinado (9). Cuando la afectación a la salud proviene de un accidente o enfermedad relacionada con el trabajo, se proporciona una Incapacidad Temporal para el Trabajo a través del seguro de Riesgo de Trabajo. En situaciones en las que la incapacidad física es resultado de causas externas al entorno laboral, la Incapacidad Temporal para el Trabajo se clasifica dentro del seguro de Enfermedad General (9)

Según Trejo Márquez encargado del Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc de la secretaria en México, los individuos que sufren de depresión mayor faltan al trabajo hasta 2.7 veces más que aquellos que tienen enfermedades crónicas degenerativas (10)

De acuerdo con la GPC de depresión, los trastornos depresivos y de ansiedad generan un promedio de incapacidad laboral de 7 días al mes, lo cual supera la registrada para cualquier otra enfermedad crónica (6)

Salud mental en el trabajo

Según el artículo 123 de la Ley Federal del trabajo “toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley” (13)

Todos los trabajadores tienen el derecho inherente a laborar en un entorno seguro y saludable. El empleo digno no solo respalda la salud mental positiva, sino que también proporciona una serie de beneficios, tales como asegurar un medio de vida, fomentar un sentimiento de confianza, propósito y logro además de facilitar la interacción social y la inclusión en la comunidad (12)

Para las personas que enfrentan desafíos de salud mental, un trabajo digno puede contribuir significativamente a su recuperación y a su integración en la sociedad. Además, puede mejorar su autoconfianza y su capacidad funcional en diferentes aspectos. (12)

Los entornos laborales seguros y saludables no solo son una obligación esencial, sino que también tienen mayor potencial para disminuir la tensión y los conflictos en el trabajo, mejorar la retención de empleados y aumentar la productividad y el rendimiento. En cambio, la falta de estructuras adecuadas y apoyo en el entorno laboral, especialmente para quienes enfrentan trastornos mentales, puede afectar su capacidad para trabajar de manera eficiente, perjudicar su asistencia y dificultar la búsqueda de empleo (22)

Riesgos psicosociales

Los entornos laborales inadecuados, como aquellos donde prevalecen la discriminación, la desigualdad, las cargas laborales excesivas, la falta de control sobre las tareas y la inseguridad en el empleo, pueden afectar negativamente la salud mental. Según datos de la OMS, en 2019 se estimó que alrededor del 15% de los adultos en edad laboral padecían algún trastorno mental. A nivel mundial, se calcula que cada año se pierden 12,000 millones de días de trabajo debido a la depresión y la ansiedad, lo que genera un costo económico cercano a 1 billón de dólares en pérdida de productividad. (12).

Aunque los riesgos psicosociales pueden encontrarse en todos los sectores laborales, algunos trabajadores tienen más probabilidades de estar expuestos a esos este tipo de riesgos comparados con otros por el tipo de condición en cada centro laboral (12).

Estos riesgos laborales para la salud mental pueden abarcar situaciones tales como:

- La falta de habilidades adecuadas o una utilización inadecuada de estas en el trabajo.
- Cargas laborales excesivas o ritmos de trabajo demasiado demandantes, junto con una falta de personal.
- Horarios laborales prolongados, poco flexibles o poco compatibles con la vida social.
- La falta de control sobre la organización del trabajo o la carga laboral.
- Condiciones laborales inseguras o inadecuadas.
- Una cultura organizacional que tolera comportamientos negativos.
- Falta de apoyo por parte de compañeros o una supervisión autoritaria.
- Situaciones de violencia, acoso u hostigamiento.
- Discriminación y exclusión.
- Roles laborales mal definidos.
- Inseguridad en el empleo.
- Remuneración insuficiente o falta de inversión en el desarrollo profesional.
- Demandas contradictorias para equilibrar la vida familiar y laboral (12)

Prevención de los problemas de salud mental en el ámbito laboral

Para prevenir los problemas de salud mental en el ámbito laboral, es crucial abordar y gestionar los riesgos psicosociales presentes en el lugar de trabajo. La OMS recomienda que los empleadores lleven a cabo esta gestión mediante la implementación de intervenciones institucionales dirigidas directamente a las condiciones y entornos laborales. Estas intervenciones se refieren a aquellas acciones que evalúan y luego reducen, modifican o eliminan los riesgos para la

salud mental en el centro de trabajo. Entre estas medidas se incluyen el establecimiento de protocolos para abordar la problemática a mejorar. (12)

Normatividad de los riesgos psicosociales en el trabajo en el territorio mexicano

Las Normas Oficiales Mexicanas emitidas por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social establecen los requisitos mínimos necesarios en materia de seguridad, salud y medio ambiente laboral para prevenir accidentes y enfermedades ocupacionales. La NOM-035-STPS-2018, “Factores de riesgo psicosocial en el trabajo- Identificación, análisis y prevención” la cual tiene validez en todo el territorio nacional y es aplicable en todos los establecimientos laborales. Esta norma menciona que los riesgos psicosociales en el trabajo comprenden las situaciones peligrosas e inseguras presentes en el entorno laboral, cargas de trabajo que sobrepasan la capacidad del empleado, falta de control sobre las tareas laborales, la incapacidad de influir en la organización y desarrollo del trabajo cuando es posible. Además, se contempla la interferencia entre la vida laboral y familiar, así como el impacto negativo del liderazgo y las relaciones laborales (14) La NOM-035-STPS-2018 tiene como finalidad definir los elementos para detectar, evaluar y prevenir los riesgos psicosociales, así como fomentar un entorno organizacional favorable en los lugares de trabajo. (14) La norma cuenta con un cuestionario que ayuda a identificar los factores de riesgo psicosociales en los que engloba categorías como; ambiente de trabajo, factores propios de la actividad, cargos de alta responsabilidad, cargas contradictorias o inconsistentes, falta de control sobre el trabajo, liderazgo y relaciones en el trabajo, condiciones en el ambiente de trabajo, carga de trabajo, condiciones peligrosas e inseguras, condiciones deficientes e insalubres, trabajos peligrosos, ritmos de trabajo acelerado, carga mental elevada, cargas psicológicas emocionales, falta de control y autonomía, nula o limitada posibilidad de desarrollo, limitada o inexistente capacitación, jornada de trabajo, baja inferencia en la relación trabajo-familia, liderazgo. Cada una de estos dominios y categoría arroja puntos, los cuales son evaluados para finalmente ubicar en el nivel de riesgo. Esto con la finalidad de implementar medidas para controlar los factores de riesgo psicosocial,

como llevar a cabo un programa de Intervención destinado a los niveles de riesgo medio, alto y muy alto (14)

Identificación y evaluación de riesgos psicosociales por el método PSQ CAT21 COPSQ (cuestionario psicosocial de Copenhague) adaptada versión media

A lo largo de los años se ha estudiado arduamente al trastorno de ansiedad y depresión, entre los múltiples avances se han propuesto y validado diferentes herramientas para la detección de los mismo. Se han implementado cuestionarios enfocados a los riesgos psicosociales en el ámbito laboral, esto con el objetivo de identificar de manera temprana a los trabajadores expuestos con el fin de ofrecer alternativas y mejoras del ambiente laboral que eliminen o disminuyan la exposición causante de estos.

El cuestionario Psicosocial Copenhague (COPSQ) nace en Dinamarca, desarrollado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral (AMI). Actualmente es uno de los cuestionarios mas utilizados debido al nivel de evidencia científica. En el año 2000 el AMI cede los derechos al Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud de España, lo que dió como resultado la creación de un grupo de trabajo hispano-danés. El grupo español da lugar a la versión castellana el cual contaba con profesionales del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) (16).

La metodología COPSQ, desarrollada por el Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca (AMI) para la evaluación y prevención de riesgos psicosociales, ha sido adaptada al entorno por un equipo de investigadores liderado por el Instituto Sindical, Trabajo, Ambiente y Salud, y se publicó en el año 2003. (15)

Validación del cuestionario Psicosocial de Copenhague a la lengua castellana

Se evaluó la validez del constructo y la fiabilidad, así como la reducción de escalas a través de una encuesta a una muestra representativa de la comunidad Autónoma de Navarra (N = 859). El análisis empleó técnicas descriptivas univariantes y bivariantes, análisis factorial y de reducción de escalas, así como la evaluación de concordancias y el ajuste de modelos logísticos. (16)

Para la adaptación del cuestionario de las versiones, larga, media y corta, se realizaron 3 fases, en la primera fase se establecieron todos los términos, ítems, traducción de acuerdo a las variaciones del lenguaje. Se estandarizaron las escalas generando puntuaciones de 0-100 y divididos en terciles, de manera visual en colores donde verde representa el tercil más favorable a la salud y de manera decreciente amarillo como tercil intermedio y finalmente rojo el tercil desfavorable para la salud de los trabajadores. En la segunda fase se realizó una reducción de los ítems los cuales contaron con un máximo de 4 para formar la versión media, se realizó la selección de 4 ítems y 21 dimensiones psicosociales (tabla 1) Para cada una de las escalas se analizaron correlaciones inter-items y se aplicó alfa de Cronbach en caso de que fuera eliminado un determinado ítem, además se realizaron medidas de centralidad y dispersión. Entre las escalas larga y media se aplicó el método estadístico kappa para la concordancia. (16)

Los resultados mostraron una consistencia interna aceptable en la mayoría de las escalas, con un índice alfa de Cronbach entre 0,65 y 0,92, excepto en dos escalas con un índice inferior debido al bajo número de ítems. La concordancia entre versiones fue buena, con un índice Kappa entre 0,64 y 0,89. Se logró confirmar las principales hipótesis de asociación entre las dimensiones psicosociales y salud/estrés, aunque hubo menos asociaciones de las esperadas en las dimensiones de exigencias psicológicas sensoriales e influencia. Algunas de las asociaciones ajustadas por edad y sexo más relevantes fueron: exigencias emocionales y salud mental ORaj= 6,15 (IC 95%:3,85-9,84), Inseguridad y salud mental ORaj=2,28 (IC 95%=1,49-3,48), Previsibilidad y síntomas cognitivos de estrés ORaj=3,02 (IC95%=1,81-5,04). (16)

Tabla 1. Dimensiones y dimensiones psicosociales.

Fuente: Identificación y evaluación de riesgos psicosociales. Manual de la versión media del método PSQ CAT21 COPSQQ

Grupo dimensiones	Dimensiones Psicosociales
Doble presencia	Doble presencia
Exigencias psicológicas	Exigencias cuantitativas Exigencias cuantitativas Exigencias cognitivas Exigencias emocionales Exigencias de esconder emociones Exigencias sensoriales
Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Influencia en el trabajo Posibilidades de desarrollo Control sobre el tiempo de trabajo Sentido de trabajo Integración en la empresa
Relaciones sociales en la empresa y liderazgo	Previsibilidad Claridad del Rol Conflicto de Rol Calidad de liderazgo Refuerzo Apoyo social Posibilidad de relación social Sentimiento de grupo
Falta de compensaciones	Inseguridad Estima

JUSTIFICACIÓN

La depresión es el principal contribuyente a la carga de enfermedades no mortales y resulta en la pérdida de una gran cantidad de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en todo el mundo. Además, es la cuarta causa principal de morbilidad a nivel global, y se proyecta que ascenderá para convertirse en la segunda causa principal para el año 2030 (6). El aumento constante en la incidencia de depresión y ansiedad en los últimos años los convierte en un desafío significativo para la salud pública en nuestro país. Esta condición está estrechamente vinculada con un incremento en la carga de enfermedad y la mortalidad, lo que a su vez conlleva a costos elevados en los sistemas de salud. Debido al avance acelerado de la tecnología e industria en los últimos años, la fuerza laboral humana ha tenido un crecimiento exponencial en los diferentes ámbitos ocupacionales, a su vez se ha evidenciado la asociación entre factores de riesgo psicosocial y los trastornos de depresión y ansiedad causado por diferentes circunstancias como el ambiente laboral, ritmo de trabajo, jornadas laborales, estabilidad económica entre otras. Reconociendo así la importancia de identificar y tratar los trastornos de depresión y ansiedad de manera oportuna. Se hace necesario el uso de herramientas accesibles y con alto nivel científico como lo es el Cuestionario psicosocial de Copenhague para aplicar en los centros laborales con el fin de captar de manera temprana a los trabajadores que pudieran estar siendo afectados por su entorno laboral. La importancia de detectar factores psicosociales en los centros de trabajo de manera temprana se centra en la evidencia científica de afección en diversos aspectos de la salud de los trabajadores tanto física, mental y social. Este protocolo de investigación pretende visibilizar la importancia de conocer la relación entre los factores de riesgo psicosociales con el ambiente laboral, con el fin de abrir nuevas líneas de investigación, además de concientizar a los trabajadores, empleadores y al instituto la importancia de la salud mental en los centros laborales. Sugerir el uso del cuestionario psicosocial de Copenhague en los centros de trabajo podría ayudar a identificar las áreas de oportunidad para implementar mejoras o correcciones que lleven al trabajador desarrollarse y trabajar en un ámbito laboral seguro y saludable siempre procurando su salud físico, social y mental.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre la presencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión con los factores de riesgo psicosociales evaluados por el cuestionario Copenhague (COPSOQ), en asegurados del régimen obligatorio de la OOAD 25 SLP, en el periodo 2023?

HIPÓTESIS

Hipótesis nula: Existe relación negativa entre los factores de riesgo psicosocial y la presencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión en trabajadores de la OOAD 25 SLP, en el periodo 2023.

Hipótesis alterna: Existe relación positiva entre los factores de riesgo psicosocial y la presencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión en trabajadores de la OOAD 25 SLP, en el periodo 2023.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre la presencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión y la presencia de factores psicosociales evaluados por el cuestionario Copenhague (COPSOQ), en trabajadores del régimen obligatorio de la OOAD 25 SLP, en el periodo 2023.

Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión en trabajadores con diagnóstico previo por la OOAD 25 SLP, en el periodo 2023.
- Determinar la puntuación de cada dimensión psicosocial del cuestionario Copenhague (COPSOQ), versión media en los trabajadores del régimen obligatorio de la OOAD SLP, en el periodo 2023.
- Evaluar la relación entre el grado de trastorno mixto de ansiedad y depresión y la puntuación del cuestionario Copenhague en los trabajadores del régimen obligatorio de la OOAD SLP

Objetivos Secundarios

- Categorizar la actividad laboral, de acuerdo con el catálogo del Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones.
- Clasificar en grupos a los trabajadores de acuerdo con cada dimensión psicosocial, así como, con variables sociodemográficas.

SUJETOS Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional analítico

Población de estudio: trabajadores del régimen obligatorio con diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad y depresión y ansiedad del segundo nivel de atención de los servicios de psiquiatría.

Lugar de realización: Hospital General de Zona con Medicina Familiar N°01 de la consulta de Psiquiatría de San Luis Potosí

Tiempo de estudio: julio - diciembre 2024.

Criterios de selección

Inclusión

- Trabajadores con diagnóstico de trastorno mixto de depresión y ansiedad, que hayan sido valorados por el servicio de Psiquiatría en el año 2023
- Trabajadores activos del régimen obligatorio
- Adultos de 18 a 65 años.
- Que pertenezcan al Órgano de Operación Administrativa (OOAD) No. 25 SLP.
- Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Exclusión

- Pacientes embarazadas.

Eliminación

- Que contesten el cuestionario en forma incompleta
- Que deseen retirarse del estudio

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Técnica muestral

Técnica de muestreo por conveniencia.

Tamaño de muestra

Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas. Se incluyeron 50 asegurados del régimen obligatorio de la OOAD 25 SLP pertenecientes a la consulta de Psiquiatría del HGZMF.

Se realizó la prueba de Shapiro-Wilk y QQplots. Posteriormente se describieron las medidas de resumen de cada variable descriptiva, las de escala continua como media y desviación estándar si su distribución es normal y como mediana y rango intercuartílico si no lo es. Las variables categóricas se reportaron como frecuencia y porcentaje.

Se realizó el análisis principal a partir de la relación entre el puntaje de factores psicosociales del cuestionario Copenhague (COPSOQ), con la presencia del trastorno mixto de ansiedad y depresión, sexo y edad de los trabajadores como variables explicativas.

El modelo de regresión a partir del modelo:

Puntaje de factores psicosociales ~ Ansiedad + Depresión + Sexo + Edad

Puntaje de factores psicosociales: 1 grado de libertad

Ansiedad: 1 grado de libertad

Depresión: 1 grado de libertad

Sexo: 1 grado de libertad

Edad: 1 grado de libertad

Procedimiento

Se solicitó mediante un oficio, previamente autorizado por el coordinador de información y análisis estratégico de la jefatura de prestaciones médicas de la OOAD 25 la carta de confidencialidad para el análisis de expedientes. Se solicitó permiso mediante un oficio dirigido al HGZMF N° 01 la aplicación del cuestionario en sus instalaciones. Se ingresó a los expedientes electrónicos y físicos para la recolección de información y datos de contacto, se solicitó ayuda de trabajo social para aquellos pacientes que no se lograron contactar para la realización de la búsqueda. Se contactó a los asegurados vía telefónica para realizar la invitación a participar y explicación acerca del estudio, los asegurados que aceptaron se les asignó fecha y hora para la para agendar la entrevista para contestación del cuestionario. El día de la entrevista se le explicó al trabajador, se resolvieron dudas y se firmó el consentimiento informado.

Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo/Escala	Estadística/Gráfica	Categorización
Variable Dependiente					
Cuestionario de factores de riesgo psicosocial Copenhague	Instrumento de medición que permite la evaluación de los riesgos psicosociales en el ámbito laboral.	Determinación de los puntos obtenidos en cada dimensión psicosocial para medir la frecuencia de cada una. Positivas: cuanto más cerca del 100 y negativas: cuanto más cerca del cero.	Cualitativa ordinal	Boxplot	0 -100 puntos
Variable Independiente					
Ansiedad	Estado emocional displacentero que se	Determinación de la presencia o ausencia	Cualitativa nominal	Gráfica de pastel	1) Presente 0) Ausente

	acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos medios y psiquiátricos (11)	del diagnóstico de ansiedad por antecedente y consignada en el expediente clínico del trabajador.	dicotómica		
Depresión	Conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida del interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades	Determinación de la presencia o ausencia del diagnóstico de depresión por antecedente y consignada	Cualitativa nominal dicotómica	Gráfica de pastel	1) Presente 0) Ausente

	<p>y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales (6)</p>	<p>en el expediente clínico del trabajador.</p>			
Variables Sociodemográficas					
Sexo	<p>La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino.</p>	<p>Consignación el sexo que refiera en el expediente.</p>	<p>Cualitativa nominal dicotómica</p>	<p>Gráfica de pastel</p>	<p>1) Mujer 2) Hombre</p>

Edad	Tiempo en años que una persona, ha vivido desde que nació.	Número de años registrados hasta el momento del estudio	Cuantitativa discreta	Boxplot	Edad en años
Estado civil	Situación de convivencia o relacionada a sus vínculos personales reconocida al momento en que se realiza la entrevista.		Categoría Nominal	Gráfica de pastel	0 = Casado/a 1 = Soltero/a 3 = Unión libre 4= Viudo/a 5 = Divorciado/a
Antigüedad laboral	Meses a Años transcurridos desde la fecha de ingreso a la unidad laboral empleadora	Número de meses a años registrados hasta el momento del estudio	Cuantitativa discreta	Boxplot	Antigüedad en años
Ocupación	Función o actividad realizada para la	Actividades referidas a una actividad en	Categoría nominal	Gráfica de pastel	1) funcionarios, directores, jefes, profesionistas, auxiliares en

	<p>obtención de una gratificación económica que requiere un grado especial de formación y/o instrucción de un área en específico</p>	<p>específico que realiza el individuo con motivo de una remuneración económica, la cual se enlista en el catálogo del Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO).</p>			<p>actividades administrativas 2) Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas, actividades elementales y de apoyo 3) Trabajadores en servicios personales y de vigilancia, operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte 4) Trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas, forestales, caza y pesca, artesanales, en la construcción y otros oficios</p>
--	--	--	--	--	---

ÉTICA

Este protocolo de investigación fue autorizado por el comité Local de Investigación y Ética autorizado en octubre 2024 con número de registro R-2024-2402-030. La investigación se llevó a cabo con base en lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud para la investigación, según lo establecido por la Secretaría de Salud. Se hace referencia a los siguientes artículos: 14, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 21 y 22. (25). Con relación al Capítulo 1, en el artículo 17, categoría I, se especifica que el nivel de riesgo de esta investigación no se considera riesgoso, (25) esto se debe a que se aplicó el cuestionario COPENHAGUE. Se firmó el consentimiento informado de acuerdo al artículo 21.

Se tomaron en cuenta los 4 principios de la bioética; No maleficencia no se generó ningún daño físico ni mental para los participantes. Beneficencia les explicó a los pacientes acerca de los riesgos psicosociales y se agregaron algunas recomendaciones en el ámbito laboral. Autonomía pues los participantes fueron libres de decidir su participación o abandono del mismo. Justicia pues el cuestionario se aplicó a todos los participantes por igual.

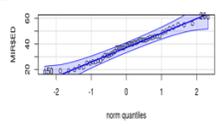
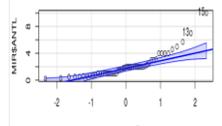
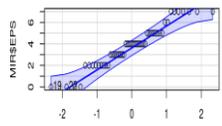
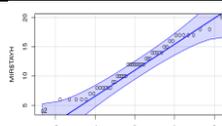
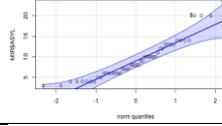
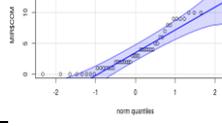
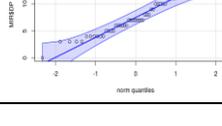
Este protocolo de investigación declaró no tener algún conflicto de intereses.

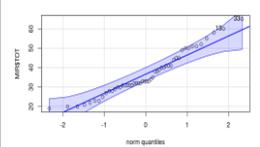
RESULTADOS

Para determinar la relación entre la presencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión y la presencia de factores psicosociales evaluados por el cuestionario Copenhague (COPSOQ), en trabajadores del régimen obligatorio de la OOAD 25 SLP, se aplicaron los cuestionarios durante el periodo octubre-noviembre 2024 en el HGZMF 01 en el que participaron 50 asegurados tomando en cuenta los criterios de inclusión.

1.- Se analizó la normalidad de las variables continuas con QQ-plot y Shapiro-wilk.

Tabla 2. Evaluación de la normalidad de las variables continuas

Variable	Shapiro-Wilk	QQ-plot	Residuos	Prueba Estadística
Edad	0.4096		-	ANOVA
Antigüedad	<0.0001		<0.0001	Kruskal wallis
EXIGENCIAS PSICOLÓGICAS	0.01216		0.06703	ANOVA
TRABAJO ACTIVO	0.1735		-	ANOVA
APOYO SOCIAL	0.00063		0.177	ANOVA
COMPENSACIONES	<0.001		<0.001	Kruskal wallis
DOBLE PRESENCIA	0.09742		-	ANOVA

TOTAL	0.04004		0.01525	Kruskal wallis
-------	---------	--	---------	----------------

Posterior a ello, se realizó el análisis entre grupos de estudio que fueron evaluados: a) Situación más favorable de salud psicosocial, b) situación intermedia, c) situación más desfavorable.

Características generales de la población de estudio

La proporción de los niveles de riesgo psicosocial es muy similar entre hombres (MAS) y mujeres (FEM), sin diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres presentaron una mayor frecuencia en los 3 niveles de riesgo psicosocial (ver tabla 4, ilustración 1).

Tabla 3. Características generales de la población de estudio

Characteristic	TOL N = 8 ¹	MO N = 30 ¹	NT N = 12 ¹	p-value ²
SEX				>0.99
FEM	5 (63%)	19 (63%)	8 (67%)	
MAS	3 (38%)	11 (37%)	4 (33%)	
ED				0.067
Mean (SD)	42 (10)	35 (10)	42 (12)	
Median (Q1, Q3)	44 (37, 48)	37 (26, 41)	43 (33, 52)	
Min, Max	22, 55	18, 53	25, 61	
ECV				0.54
1) Soltero	3 (38%)	13 (43%)	3 (25%)	
2) Casado	2 (25%)	9 (30%)	5 (42%)	
3) Unión libre	0 (0%)	5 (17%)	2 (17%)	
5) Divorciado	3 (38%)	3 (10%)	2 (17%)	
¹ n (%)				
² Fisher's exact test; ANOVA				

En lo que respecta a la edad, no observamos diferencias significativas entre los 3 grupos de riesgo psicosocial. Sin embargo, el grupo de riesgo moderado presentó un promedio de edad menor que los otros grupos, mientras que los grupos más favorable y más desfavorable incluyeron a las personas de mayor edad pero esta diferencia no fué estadísticamente significativa (ilustración 2)

Figura 1. Comparativo de sexo en la población de estudio por nivel de riesgo

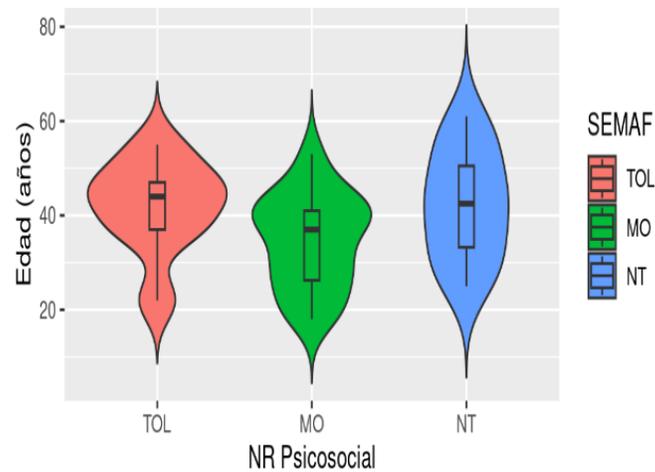


Figura 2. Comparativa edad en años en la población de estudio por nivel de riesgo

Respecto al estado civil observamos que el estado de soltero ocupó una mayor proporción en el grupo de tolerancia y moderada tolerancia. Sin embargo, en el caso del grupo no tolerante, el estado civil casado, ocupó una mayor frecuencia. (Ver Ilustración 3)

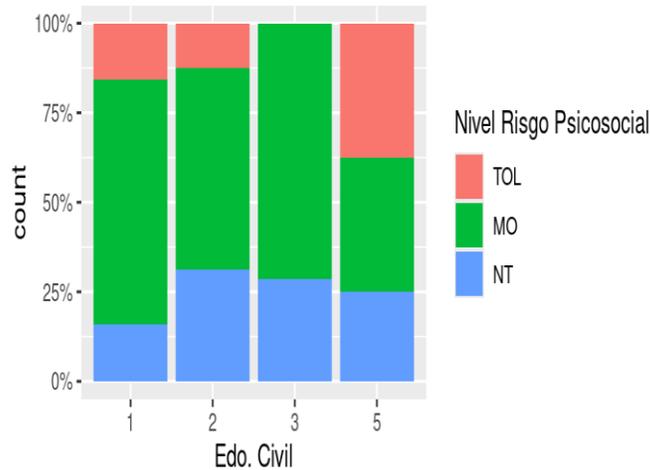


Figura 3. Comparativo de estado civil, en la población de estudio por nivel de riesgo psicosocial. 1) soltero, 2) casado, 3) unión libre, 5) divorciado

Actividad laboral en la población de estudio

Antigüedad laboral

Respecto a la antigüedad para entre los niveles de riesgo no se encontró diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, se observó que en el grupo de tolerancia media presentó mayor antigüedad entre los trabajadores (ver tabla 5 e Ilustración 4)

Actividad laboral

Se observó que la actividad laboral predominante en los 3 niveles de riesgo fue la categoría 3 Trabajadores en servicios personales y de vigilancia, operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte, No hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución las categorías de ocupación entre los grupos. Esto sugiere que la ocupación no está asociada de forma relevante con el nivel de riesgo psicosocial (ver tabla 5, Ilustración 5)

Tabla 4. Características de la antigüedad y actividad laboral

Characteristic	TOL N = 8 ¹	MO N = 30 ¹	NT N = 12 ¹	p-value ²
ANTL				0.642
Mean (SD)	1.64 (1.26)	2.27 (1.94)	2.24 (2.04)	
Median (Q1, Q3)	1.00 (0.80, 2.50)	2.00 (1.00, 3.00)	1.80 (0.90, 2.30)	
Min, Max	0.50, 4.00	0.20, 10.00	0.50, 7.00	
OC				0.818
1	1 (13%)	8 (27%)	4 (33%)	
2	2 (25%)	4 (13%)	2 (17%)	
3	5 (63%)	18 (60%)	6 (50%)	
¹ n (%)				
² Kruskal-Wallis rank sum test; Fisher's exact test				

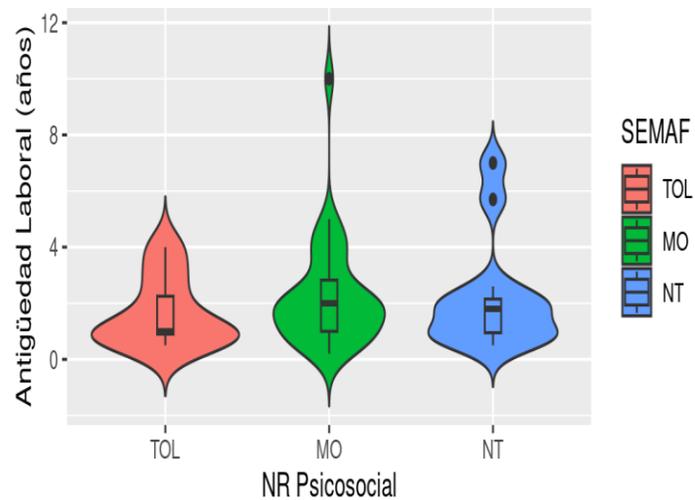


Figura 4. Antigüedad laboral por nivel de riesgo psicosocial en la población de estudio

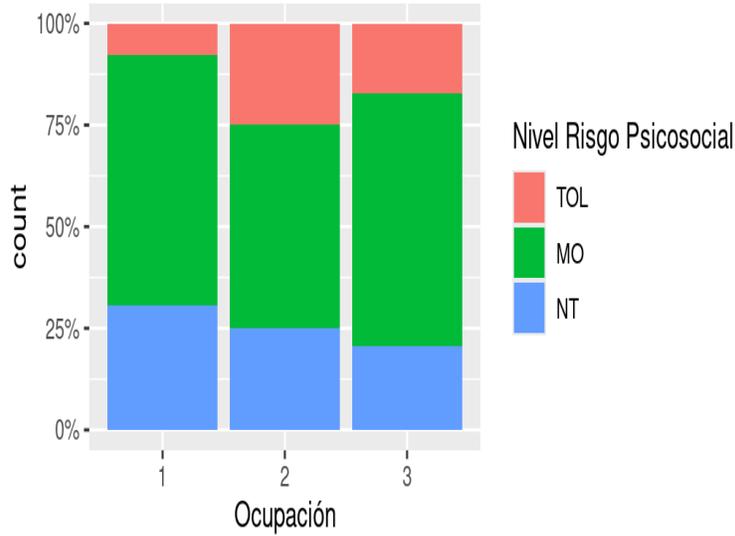


Figura 5. Ocupación por nivel de riesgo psicosocial en la población de estudio.

Antecedente de Depresión y ansiedad por tiempo de diagnóstico

Tiempo de diagnóstico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de diagnóstico entre los grupos de riesgo psicosocial. Esto indica que la duración del diagnóstico de ansiedad y depresión no varía de manera significativa entre los niveles de riesgo. Aunque el tiempo promedio de diagnóstico (en años) no presenta diferencias estadísticamente significativas, las categorías de tiempo de diagnóstico sí muestran una asociación significativa con los niveles de riesgo psicosocial. Los diagnósticos más recientes (<2 años) se asocian con mayor riesgo (MO y NT), mientras que los diagnósticos prolongados (>5 años) parecen estar relacionados con un riesgo menor (TOL). (Ver tabla 6 e Ilustraciones 6 y 7)

Tabla 5. Características del tiempo de diagnóstico

Characteristic	TOL N = 8 ¹	MO N = 30 ¹	NT N = 12 ¹	p-value ²
Tiempo de DX				0.196
Mean (SD)	4.8 (4.9)	2.3 (3.2)	1.9 (1.1)	
Median (Q1, Q3)	2.0 (1.0, 9.0)	1.0 (1.0, 2.0)	1.5 (1.0, 3.0)	
Min, Max	1.0, 13.0	1.0, 15.0	1.0, 4.0	
Categoría Tiempo DX				0.038
<2 años	5 (63%)	24 (80%)	8 (67%)	
3 a 5 años	0 (0%)	4 (13%)	4 (33%)	
> 5 años	3 (38%)	2 (6.7%)	0 (0%)	
¹ n (%)				
² Kruskal-Wallis rank sum test; Fisher's exact test				

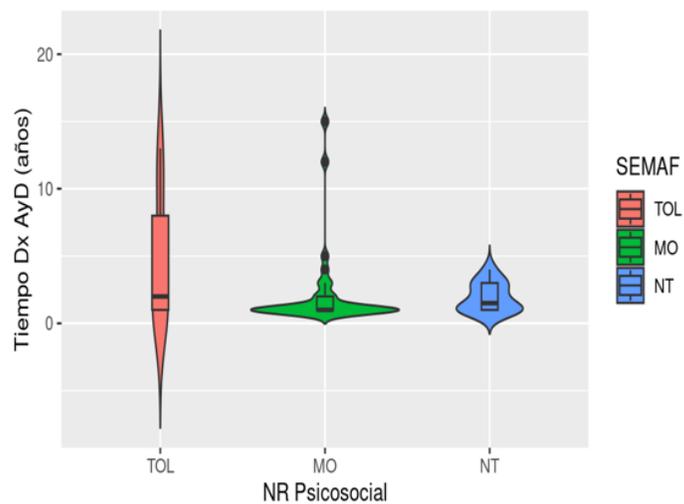


Figura 6. Tiempo de diagnóstico de depresión y ansiedad.

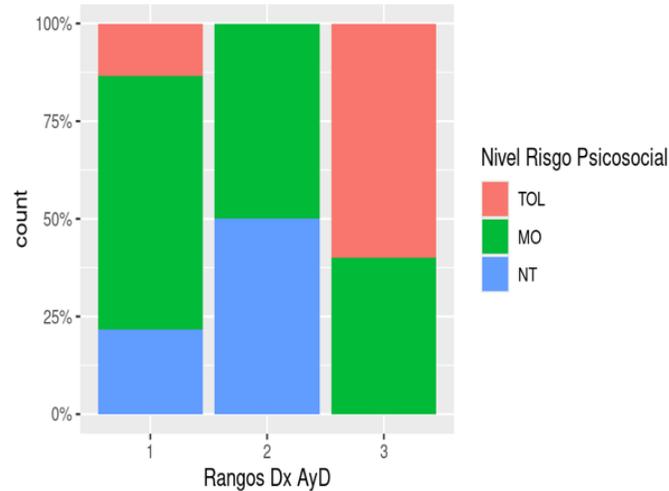


Figura. Tiempo de diagnóstico de depresión y ansiedad por nivel de riesgo en la población de estudio

Nivel de riesgo Psicosocial

De acuerdo a las dimensiones se observaron diferencias entre los grupos estadísticamente significativas para el grupo no tolerable. Para el apartado 1. Exigencias psicológicas aumentaban conforme aumentaba el nivel de riesgo. El grupo no tolerable presentaba mayores exigencias psicológicas a comparación de los otros grupos. En el Apartado 2. Trabajo Activo y posibilidades de desarrollo de habilidades se observó riesgo alto para el grupo no tolerable seguido de el grupo con tolerancia moderada. Para el apartado 3. Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo se observó que nuevamente el grupo no tolerable presentaba puntuaciones de riesgo. En cuanto a el apartado 4. Compensaciones se observó que el grupo no tolerable percibía compensaciones económicas menores comparadas con los otros grupos. Para el apartado 5. Doble Presencia se observó para el grupo no tolerable mayor puntuación colocándolo nuevamente como un grupo de riesgo. El puntaje total presenta diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. Esto refleja que, en general, las demandas psicológicas y laborales aumentan sustancialmente conforme se incrementa el riesgo psicosocial. (Ver tabla 7 e Ilustraciones 8-13)

Tabla 6. Dimensiones psicosociales por apartados y nivel de riesgo psicosocial

Characteristic	TOL N = 8 ¹	MO N = 30 ¹	NT N = 12 ¹	p-value ²
Apartado 1. Exigencias Psicológicas				0.133
Mean (SD)	2.38 (1.30)	3.80 (1.99)	4.83 (1.64)	
Median (Q1, Q3)	2 (1,3)	4 (2,6)	5 (3,6)	
Min, Max	0,4	0,7	2,7	
Apartado 2. Trabajo Activo Y Posibilidades De Desarrollo De Habilidades				<0.001
Mean (SD)	7.0 (1.9)	11.6 (3.3)	15.1 (3.1)	
Median (Q1, Q3)	7.0 (6.0, 8.0)	12.0 (9.0, 13.0)	15.5 (14.0, 17.0)	
Min, Max	4.0, 10.0	6.0, 18.0	8.0, 20.0	
Apartado 3. Apoyo Social En La Empresa Y Calidad De Liderazgo				<0.001
Mean (SD)	5.6 (2.2)	8.3 (3.2)	13.9 (5.8)	
Median (Q1, Q3)	6.0 (4.0, 6.0)	8.0 (6.0, 10.0)	13.5 (10.0, 20.0)	
Min, Max	3.0, 10.0	4.0, 14.0	4.0, 23.0	
Apartado 4. Compensaciones				<0.001
Mean (SD)	1.6 (1.5)	2.7 (2.5)	9.3 (3.1)	
Median (Q1, Q3)	2.0 (0.0, 2.5)	2.0 (1.0, 4.0)	9.0 (7.5, 9.5)	
Min, Max	0.0, 4.0	0.0, 10.0	6.0, 16.0	
Apartado 5. Doble Presencia				0.017
Mean (SD)	5.0 (2.2)	7.6 (3.3)	9.4 (4.2)	
Median (Q1, Q3)	4.0 (4.0, 5.5)	7.0 (6.0, 10.0)	10.5 (6.5, 12.0)	
Min, Max	3.0, 10.0	0.0, 16.0	3.0, 16.0	
TOT				<0.001
Mean (SD)	22 (2)	34 (5)	53 (6)	
Median (Q1, Q3)	22 (20, 23)	33 (31, 38)	51 (50, 57)	
Min, Max	19, 25	27, 44	45, 65	
¹ n (%)				
² Fisher's exact test; ANOVA, Kruskal-Wallis rank sum test				

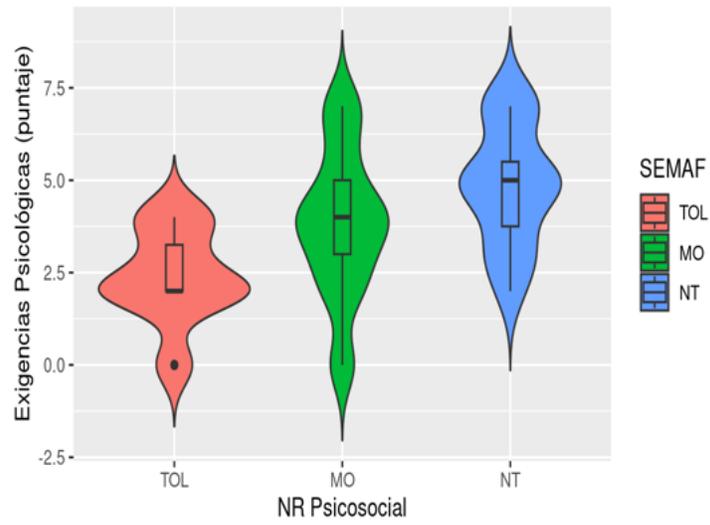


Figura 7. Apartado 1. Exigencias Psicológicas y nivel de riesgo psicosocial

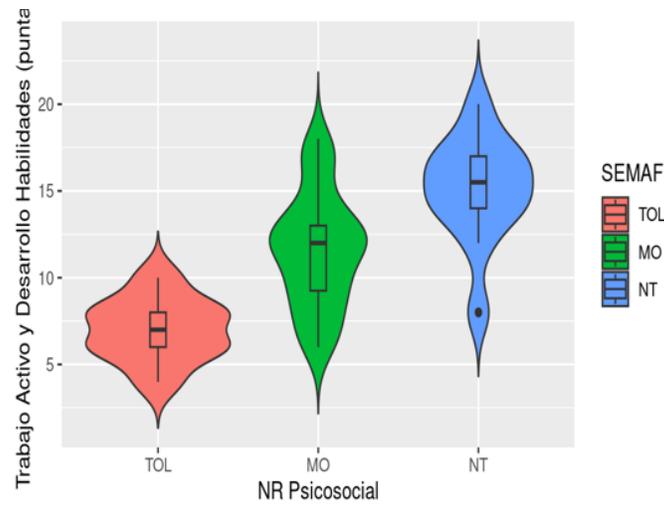


Figura 9. Apartado 2. Trabajo activo y desarrollo de habilidades y nivel de riesgo psicosocial

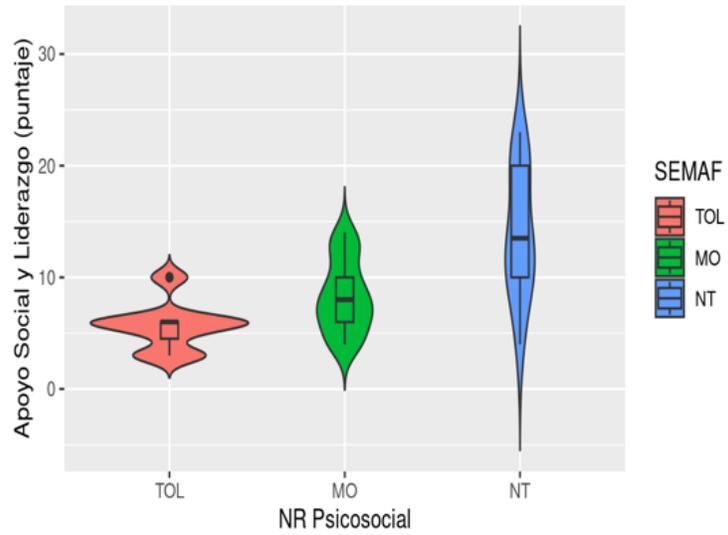


Figura. Apartado 3. Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo y nivel de riesgo psicosocial

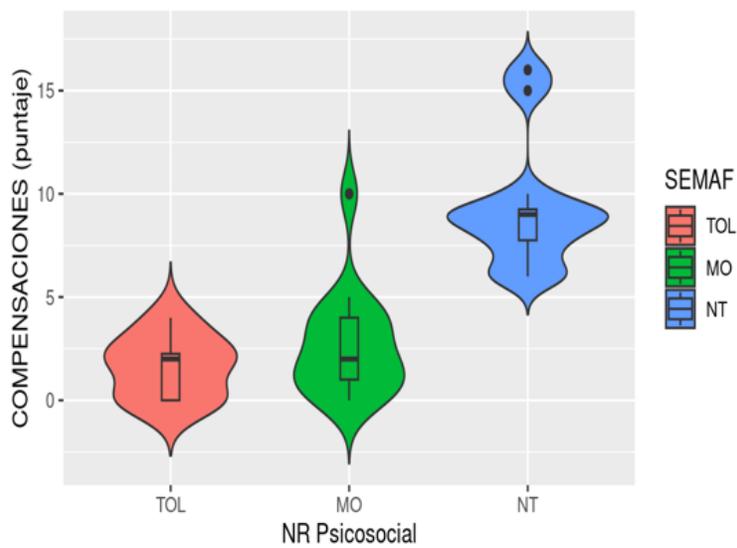


Figura 8. Apartado 4. Compensaciones y nivel de riesgo psicosocial

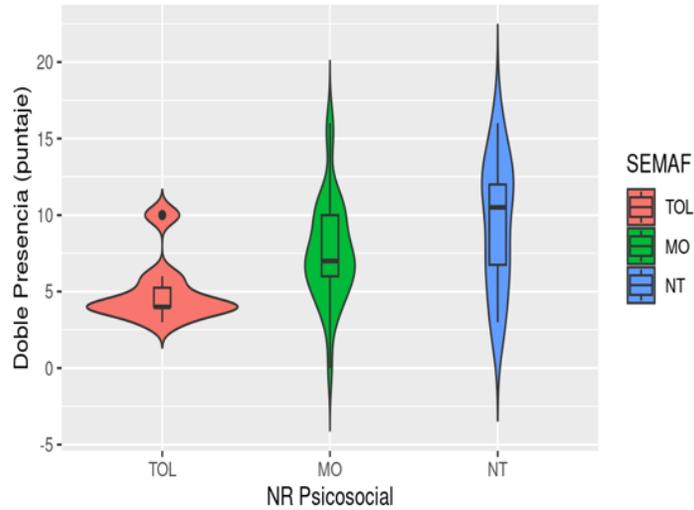


Figura 9. Apartado 5. Doble presencia y nivel de riesgo psicosocial

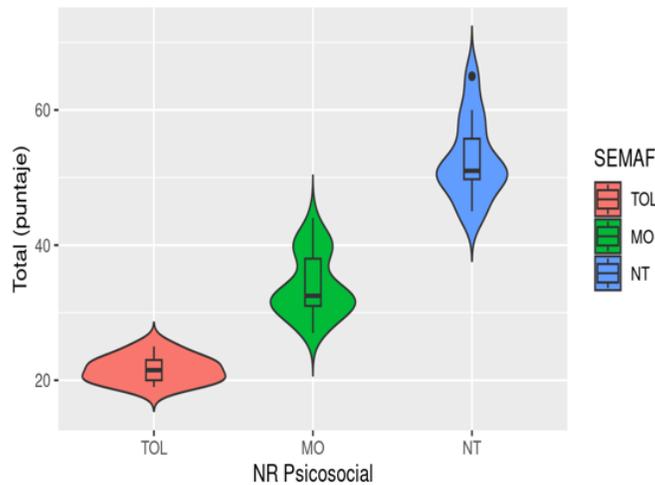


Figura 10. Puntaje Total con el nivel de riesgo psicosocial.

Análisis del tamaño del efecto de las variables significativas en los apartados de riesgo psicosocial.

Como podemos observar, el apartado de Compensaciones (58.5%) y Trabajo Activo/Desarrollo de Habilidades (41.5%) son los factores más relevantes, explicando una parte considerable de la variabilidad del riesgo psicosocial.

Tabla 7. Efecto de las variables significativas

Variable	Eta2
Apartado 2. Trabajo Activo Y Posibilidades De Desarrollo De Habilidades	41.5%
Apartado 3. Apoyo Social En La Empresa Y Calidad De Liderazgo	36%
Apartado 4. Compensaciones	58.5%
Apartado 5. Doble Presencia	11.4%

Análisis post HOC de las variables significativas en los apartados de riesgo psicosocial. (Ver Ilustración 14-17)



Figura 11. Plot del análisis post HOC de apartado 2 en los niveles de riesgo psicosocial



Figura 12. Plot del análisis post HOC de apartado 3 en los niveles de riesgo psicosocial



Figura 13. Plot del análisis post HOC de apartado 4 en los niveles de riesgo psicosocial



Figura 14. Plot del análisis post HOC de apartado 5 en los niveles de riesgo psicosocial

Como podemos observar, en el apartado 2, los tres grupos son diferentes entre si y estadísticamente significativos. En el apartado 3, solo el grupo de NT con TOL y MO tolerancia. Esto mismo se hizo presente en los apartados 4 y 5.

Tabla 8. Análisis post HOC de las variables significativas

Variable	Comparativo	Diff	Lwr	Upr	p-valor
Apartado 2. Trabajo Activo Y Posibilidades De Desarrollo De Habilidades	MO-TOL	4.56	1.61	7.52	0.001
	NT-TOL	8.08	4.69	11.47	0.000
	NT-MO	3.51	0.98	6.05	0.004
Apartado 3. Apoyo Social En La Empresa Y Calidad De Liderazgo	MO-TOL	2.64	-1.07	6.35	0.20
	NT-TOL	8.29	4.02	12.55	0.000
	NT-MO	5.65	2.45	8.84	0.0002
Apartado 4. Compensaciones	MO-TOL	1.04	-1.43	3.51	0.56
	NT-TOL	7.70	4.86	10.55	<0.001
	NT-MO	6.66	4.53	8.79	<0.001
Apartado 5. Doble Presencia	MO-TOL	2.63	-0.67	5.93	0.14
	NT-TOL	4.41	0.62	8.20	0.01
	NT-MO	1.78	-1.0	4.62	0.290

Respecto al Objetivo General, para determinar la relación entre la presencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión y la presencia de factores psicosociales se realizó el siguiente análisis de regresión lineal.

Como podemos observar, ninguna variable incluida en el modelo inicial, fue estadísticamente significativa y explican menos del 0.01% la variable del puntaje total de riesgo psicosocial.

Tabla 9. Análisis de regresión lineal

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	31.8120	6.2099	5.123	5.81e-06 ***
TDX	-0.4991	0.4919	-1.015	0.316
ED	0.1423	0.1510	0.942	0.351
SEXMAS	1.6008	3.3555	0.477	0.636

DISCUSIÓN

Este estudio determinó la relación entre la presencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión y la presencia de factores psicosociales evaluados por el cuestionario Copenhague (COPSOQ), en trabajadores del régimen obligatorio de la OOAD 25 SLP, en el periodo 2023. Hasta el momento no puede hacerse una comparación con otro estudio el puesto que es el primer estudio de su tipo en la población mexicana ya que trabajos anteriores se habían enfocado el realizar la validación de cuestionario **Cordero H. 2022 (31), Zárate F. 2012 (32)**. Posterior al análisis y de acuerdo a los 3 niveles de riesgo observamos que no había significancia estadística para las variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, antigüedad laboral y categoría laboral sin embargo se notó que el sexo femenino presentaba mayor frecuencia en los 3 niveles de riesgo, en cuanto a la edad el grupo de situación intermedia agrupaba a los trabajadores de edad menor. El estado civil soltero predominó en los grupos de tolerancia y moderada tolerancia para el grupo no tolerable el estado civil casado ocupó la mayor frecuencia en el grupo no tolerable. Respecto a la actividad laboral en la población de estudio en cuanto a la antigüedad laboral mostró que en grupo de tolerancia media tenía una media de 2 años de antigüedad. Para la actividad laboral predominante en los 3 niveles de riesgo fue la categoría 3 Trabajadores en servicios personales y de vigilancia, operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte. No hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución las categorías de ocupación entre los grupos. Esto sugiere que la ocupación no está asociada de forma relevante con el nivel de riesgo psicosocial. En cuanto al Tiempo de diagnóstico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de riesgo psicosocial. Esto indica que la duración del diagnóstico de ansiedad y depresión no varía de manera significativa, aunque el tiempo promedio de diagnóstico (en años) no presenta diferencias estadísticamente significativas, las categorías de tiempo de diagnóstico sí muestran una asociación significativa con los niveles de riesgo psicosocial. Los diagnósticos más recientes <2 años se asocian con mayor riesgo para los niveles tolerancia media y no tolerancia, mientras que los diagnósticos prolongados >5 años parecen estar relacionados con un riesgo

menor el cual se presenta en el grupo de tolerancia, esto podría reflejar que las personas con diagnósticos más antiguos han desarrollado estrategias de afrontamiento o recibido tratamiento efectivo que mitiga el impacto psicosocial.

De acuerdo a las dimensiones se observaron diferencias entre los grupos estadísticamente significativas para el grupo no tolerable. Para el apartado 1. Exigencias psicológicas aumentaban conforme aumentaba el nivel de riesgo. El grupo no tolerable presentaba mayores exigencias psicológicas a comparación de los otros grupos. En el Apartado 2. Trabajo Activo y posibilidades de desarrollo de habilidades se observó riesgo alto para el grupo no tolerable seguido del grupo con tolerancia moderada. Para el apartado 3. Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo se observó que nuevamente el grupo no tolerable presentaba puntuaciones de riesgo. En cuanto a el apartado 4. Compensaciones se observó que el grupo no tolerable percibía compensaciones económicas menores comparadas con los otros grupos. Para el apartado 5. Doble Presencia se observó para el grupo no tolerable mayor puntuación colocándolo nuevamente como un grupo de riesgo. El puntaje total presenta diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. Esto refleja que, en general, las demandas psicológicas y laborales aumentan sustancialmente conforme se incrementa el riesgo psicosocial

LIMITACIONES Y NUEVAS PERSPECTIVAS DEL ESTUDIO

Dentro del estudio se encontraron varias limitaciones como el tiempo de aplicación del cuestionario puesto que los asegurados tenían poco o nulo acerca de los riesgos psicosociales y se tenía que dar una explicación más extensa acerca de los mismos. El número de preguntas para algunos trabajadores fue excesiva y tediosa, esto pudiendo representar interferencia con los resultados. Para estudios futuros podrían agregarse estrategias para mantener la atención de los encuestados.

CONCLUSIONES

Este estudio determinó la relación entre la presencia de trastorno mixto de ansiedad y depresión y la presencia de factores psicosociales evaluados por el cuestionario Copenhague (COPSOQ), en trabajadores del régimen obligatorio de la OOAD 25 SLP, en el periodo 2023 como se planteó en el objetivo. En el análisis de las variables sociodemográficas no se encontró significancia estadística sexo, edad, estado civil, antigüedad laboral y categoría laboral. Los datos analizados evidencian una relación directa entre los riesgos psicosociales y el deterioro de las condiciones laborales y psicológicas de los trabajadores. De acuerdo al análisis en base en las dimensiones analizadas, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo considerado como no tolerable. En el apartado 1, se observó que las exigencias psicológicas se incrementaban a medida que aumentaba el nivel de riesgo, siendo el grupo no tolerable el que presentaba las mayores exigencias en comparación con los demás grupos. En el apartado 2, relacionado con el trabajo activo y las oportunidades de desarrollo de habilidades, el riesgo fue más alto en el grupo no tolerable, seguido del grupo con tolerancia moderada. En el apartado 3, referente al apoyo social en la empresa y la calidad del liderazgo, el grupo no tolerable nuevamente mostró puntuaciones de riesgo elevadas. Respecto al apartado 4, sobre compensaciones, este grupo percibió menores compensaciones económicas en comparación con los otros grupos. Finalmente, en el apartado 5, relacionado con la doble presencia, el grupo no tolerable obtuvo las puntuaciones más altas, posicionándolo nuevamente como el grupo en mayor riesgo.

En general, el puntaje total mostró diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, indicando que las demandas psicológicas y laborales se incrementan notablemente a medida que aumenta el nivel de riesgo psicosocial.

Se observa que los grupos con mayores niveles de riesgo psicosocial reportan: demandas psicológicas elevadas, lo que refleja presiones constantes y altos requerimientos emocionales; limitadas posibilidades de desarrollo de habilidades y trabajo activo, lo cual puede generar frustración y baja motivación en el entorno laboral; percepción insuficiente de apoyo social y liderazgo de calidad, lo que puede

contribuir al aislamiento y al estrés crónico; deficiencias en las compensaciones y desequilibrio esfuerzo-recompensa, que afectan la satisfacción y percepción de justicia laboral; altos niveles de "doble presencia", especialmente en las trabajadoras, que reflejan la carga adicional de responsabilidades fuera del trabajo.

Estas condiciones no solo afectan la salud mental y física de los trabajadores, sino también la productividad y el clima laboral dentro de las organizaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. [actualizado 31 mar 2023; citado 21 ene 2024]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos de ansiedad. [Internet]. [actualizado 27 sep 2023; citado 7 mar 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
3. Nota Técnica de Prevención Instituto Nacional de Higiene en el Trabajo. Factores psicosociales: metodología de evaluación [internet]. 2012 [citado 17 mar 2024]. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/326879/926w.pdf/cdecdbd91-70e8-4cac-b353-9ea39340e699>
4. Morrison J. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. 1a edición. México; Editorial El Manual Moderno; 2015.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington Texas; American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Guía de Práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto [internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. [consulta: 01 feb 2024] <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GRR.pdf>
7. Servicios de Atención Psiquiátrica. 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones [internet] México: Secretaria de Salud [actualizado 03 jul 2023; citado 01 feb 2024]. Disponible en: <https://bit.ly/3kbeC29>
8. Instituto Mexicano del Seguro Social, DPES/ Unidad de Prestaciones Económicas y Salud en el Trabajo/ Coordinación de Salud en el Trabajo (CST). Memorias estadísticas 2022, Capítulo VII Salud en el [base de datos internet] México: 2022. [actualizado dic 2022; citado 05 mar 2024]. Disponible en: <https://imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2022>.

9. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de noviembre de 2006.
10. Secretaría de Salud. Depresión puede causar incapacidad. [Internet]. México: Secretaria de Salud; [actualización 23 jul 2012; citado 24 feb 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/293-depresion-puede-causar-incapacidad>
11. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto [internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010. [consulta 06 feb 2024] <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GER.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en el trabajo. [internet]. [actualizado 22 septiembre 2022; acceso 06 feb 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>.
13. Ley Federal el Trabajo. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de abril de 1970. Última Reforma DOF 17-01-2006
14. Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. Diario Oficial de la Federación 23 octubre 2018.
15. Instituto Sindical, Trabajo, Ambiente y Salud. Identificación y evaluación de riesgos psicosociales. Manual de la versión media del método PSQ CAT21 COPSOQ (Cuestionario psicosocial de Copenhague) adaptado. [Internet]. [actualizado 2003; citado 01 mar 2024]. Disponible en: https://www.gencat.cat/treball/doc/doc_48068711_2.pdf.
16. Moncada S, Llorens C, Navarro A, Kristensene T. ISTAS21: versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). Arch Prev Riesgos Labor. 2005; 8 (1): 18-29
17. Día mundial para la prevención del suicidio. [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.

18. Beck, A T et al. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry* vol. 4 (1961): 561-71. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
19. Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job re-design. *Admins Sci Q* 1979; 24: 285-308
20. Kendall T, Cape J, Chan M, Taylor C; Guideline Development Group. Management of generalised anxiety disorder in adults: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2011 Jan 26;342:c7460. doi: 10.1136/bmj.c7460. PMID: 21270081; PMCID: PMC3230126
21. Beck A, Steer R. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. *J of Anxiety Disorders*, 1991; 5: 213-23
22. Entornos laborales seguros y Saludables. [monografía de internet]. México. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2022 [citado 05 mar 2024] Disponible en:
https://imss.gob.mx/sites/all/statics/elssa/infografias/Desarrollo_Conceptual_ELSSA.pdf
23. Joaquin A. Introducción a la Regresión Lineal Múltiple. [Internet]. 2016 [citado 01 mar 2024] Disponible en:
https://www.cienciadedatos.net/documentos/25_regresion_lineal_multiple
24. Johnson J, Hall E. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am j Public Health* 1988; 78:1336-1342.
25. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México, DF: Diario Oficial de la Federación, enero 6, 1987. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
26. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos 1964. [Internet] [citado 15 feb 2024]. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/343576/9._INTL._Declaracion_de_HELSINKI.pdf

27. Asociación Médica Mundial. Declaración de Tokio; Normas dirigidas a médicos para prevenir la tortura [Internet]. [actualización 2024; citado 15 feb 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaration-de-tokyo/>
28. Asociación Médica Mundial. Declaración de Ginebra; El Juramento Hipocrático moderno. [Internet]. [actualización 2024; citado 15 feb 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-ginebra/>
29. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
30. García J. Metodología de la investigación, bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2nd ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores S. A. de C. V.s; 2014.
31. Cordero F, Hid Felizardo, et al. "Validation of the Spanish Version of the Copenhagen Burnout Inventory in Mexican Medical Residents". *Archives of Medical Research*, vol. 53, núm. 6, 2022, pp. 617–624, doi:10.1016/j.arcmed.2022.08.001
32. Zárate F, Gómez M, et al "Validación Del CoPsoq - ISTAS 21 en Mexico". *Scribd*, [citado el 04 marzo 2024] disponible en <https://es.scribd.com/document/356870970/Validacion-Del-CoPsoq-ISTAS-21-en-Mexico>.