

T
1372

135239

135239



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

**Asociación entre las exigencias psicosociales del personal
clínico de un hospital psiquiátrico, su salud mental y vitalidad**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES
PRESENTA:**

MARÍA MAGDALENA MARTÍNEZ JAIME

DIRECTOR DE TESIS: MARIANO NORIEGA ELÍO

CIUDAD DE MÉXICO, D.F

JUNIO 2010

Sin duda lo que nos aporta la vitalidad y el impulso necesarios para sobrevivir al torbellino destructivo de deseos y valores producidos por la alienación que nos impone este mundo complejo, mutante, es sin duda el afecto, la estima y el aliento.

Por ello, en ocasión de los afectos, es para mí motivo de gran gozo dedicar este trabajo a:

Pedro, Pedro Alonso, José Emilio Loredo

a Moisés Bedolla Martínez y

a María de Lourdes y Ana María Martínez Jaime

Quiénes hacen posible que permanezca cuerda en este mundo...

Cuerda al menos para poder seguir trabajando y valorando lo importante...

Agradecimientos

Esta investigación fue posible gracias a la participación de muchas personas, y al amparo de grandes instituciones, por lo que me llena de alegría el poder expresar mi reconocimiento y estima, por sus aportaciones y el enorme interés que mostraron todos los involucrados que a continuación menciono:

Al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", mi gratitud por ser sede de mi formación y semillero de aquellas mentes que desean continuar formándose. Siendo responsable de lo que ha cultivado y de donde me nace la necesidad de retribuirle un poco de todo lo que me ha ofrecido, aun siendo un hospital empobrecido físicamente porque ha sido castigado por la falta de asignación de recursos materiales, financieros, pero que se halla enriquecido por su capital humano.

A la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, para mí es motivo de gran honor y orgullo haber egresado de un programa de maestría de esta casa de estudios enorme que enriquece a nuestro país con un enfoque social e incluyente, cubriendo los grandes vacíos que afronta nuestro país en muchas áreas como la de la salud en el trabajo y muchas otras que necesitan impulso y reconocimiento, para verdaderamente lograr el bienestar de mayores grupos de la población.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por su financiamiento, que fue de gran apoyo y estima durante el tiempo que duro la maestría.

A la Dra. María Elena Márquez Caraveo, por creer en mí y brindarme su invaluable apoyo para poder realizar y llevar a cabo el programa de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, que es hoy para mí "mi proyecto de vida".

A mi maestro y director de tesis Dr. Mariano Noriega Elío, por aceptarme como su alumna y enseñarme el valor de la solidaridad y de la salud en el trabajo.

Al profesor Odilón Pérez, por sus aportaciones siempre elocuentes en cuanto al uso del programa JMP y de otras aplicaciones estadísticas, que fueron de gran sostén y amparo en los momentos más abruptos del desarrollo de esta investigación.

Al Dr. Héctor Daniel Gómez Ortiz, por su gran amabilidad y por su atenta colaboración en ciertas técnicas epidemiológicas de este trabajo.

A mis compañeras de la División de Investigación, Dra. Lilia Albores Gallo, Psic. Verónica Pérez Barrón, Psic. Cynthia Esperón Vargas, Enf. Lucía Arciniega Buenrostro y Psic. Isaura Alicia Díaz Mayer Goyenechea, mi reconocimiento por su solidaridad, sin justiprecio.

A mis sinodales por sus invaluable aportaciones:

Dr. Mariano Noriega Elío

Profesor Investigador de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores
Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Jefa de la División de Investigación. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N.
Navarro"

Dra. Lilia Albores Gallo

Investigadora del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Dr. Roberto Sánchez Ramírez

Profesor Investigador de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México

Mtra. María Adriana Cecilia Cruz Flores

Profesora Investigadora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores
Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco

Tabla de contenido

Introducción	1
I. Antecedentes del hospital	9
II. Marco teórico	16
III. Marco de referencia	34
IV. Metodología	45
a) Definición del Universo.....	45
b) Criterios de inclusión y exclusión	46
c) El instrumento CoPsoQ	46
d) Definición operacional de las variables.....	49
e) Recolección de la información.....	55
f) Pilotaje del instrumento	56
g) Procesamiento y presentación de la información.....	56
h) Diseño.....	57
i) Análisis estadístico	58
j) Puntos de corte establecidos por el método ISTAS	58
k) Ética	59
l) Vulnerabilidad, factibilidad y trascendencia.....	60
m) Futuras investigaciones	60
V. Resultados.....	62
a) Características Sociodemográficas.....	62
b) Conformación de los grupos homogéneos.....	63
c) Condiciones de trabajo	65
d) Exposición a los factores psicosociales.....	66

e) Distribución de las dimensiones de salud	74
f) Asociación entre las exigencias y las dimensiones de salud	74
g) Comparación del perfil de exigencias por grupos de trabajo	77
h) Análisis al interior de cada grupo.....	78
Discusión	84
a) Hallazgos del personal en general	84
b) Hallazgos médicos adscritos	87
c) Hallazgos médicos residentes.....	90
d) Hallazgos psicólogos	92
Dirección futura de nuevos estudios	103
a) Propuesta para mejorar la organización de los adscritos.....	103
b) Propuestas para mejorar al organización de los residentes.....	106
c) Propuestas para mejorar la organización de los psicólogos	107
Conclusiones.....	109
Referencias bibliográficas	118
Anexos.....	125

Índice de figuras, tablas y gráfico

Figura 1 Generación del estrés a causa de una mala organización.....	2
Figura 2 Modelo de Karasek & Teorell.....	19
Figura 3 Relación entre procesos de trabajo y respuesta neuroendócrina.....	22
Tabla 1 Efectos del estrés en la salud y el trabajo.....	25
Tabla 2 Validez de constructo y confiabilidad de la reducción de escalas.....	48
Tabla 3 Los cuatro ejes de análisis del método ISTAS.....	48
Tabla 4 Características sociodemográficas.....	62
Tabla 5 Antigüedad del personal clínico.....	63
Tabla 6 Conformación de grupos y peso relativo por grupo y por servicio.....	64
Tabla 7. Condiciones de trabajo.....	65
Gráfico 1.Exposición a los estresores psicosociales y componentes humanizantes....	66
Tabla 8 Distribución de las dimensiones de salud.....	74
Tabla 9 Asociación entre exigencias y dimensiones de salud.....	76
Tabla 10 Perfil de exigencias de los 3 grupos estudiados.....	78
Tabla 11 Asociación entre exigencias y dimensiones de salud (adscritos).....	79
Tabla 12 Asociación entre exigencias y dimensiones de salud (residentes).....	81
Tabla 13 Asociación entre exigencias y dimensiones de salud (psicólogos).....	83

Introducción

El presente trabajo emerge de la necesidad de conocer las repercusiones en la salud y en la calidad de vida del personal clínico del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, originadas por una mala organización del trabajo y la incursión de tecnologías transformadoras en el revolucionado y mutante orden global, que plantea nuevas y variadas formas de la organización del trabajo, en donde los recursos humanos juegan el papel protagónico, debiendo entonces los trabajadores desarrollar las habilidades necesarias para adaptarse a las nuevas y cada día mas exigentes necesidades del mercado internacional.

Hasta ahora las instituciones del sector salud continúan organizando el trabajo en base a las necesidades que tienen, de competitividad, eficiencia y eficacia, sin considerar el bienestar, la calidad de vida, la dignidad y las buenas relaciones entre las personas, propiciando así la deshumanización del trabajo y por ende ambientes menos saludables para sus trabajadores.

Se destaca el hecho de que los esfuerzos realizados para mejorar la organización del trabajo, han sido fundamentados en el aumento de la productividad, como fin primordial y último, ignorando que para mejorar y lograr dicho anhelo, es necesario que las personas estén conscientes y sean capaces de generar los cambios organizativos, necesarios para lograr los niveles de salud física y mental adecuados, así como el tener la vitalidad necesaria para lograr el tan anhelado fin.

Numerosas investigaciones especialmente en los países nórdicos y también en España, Canadá y Estados Unidos, han demostrado como una mala organización laboral, en donde los trabajadores no tienen injerencia alguna en ésta, es causa de altos niveles de estrés, depresión, ansiedad y generan insatisfacción e improductividad en sus trabajadores.

La revisión de la literatura deja claro que en México no hay estudios que demuestren la relación entre una mala organización y la salud de las personas, a pesar de que en otros países esto haya sido ampliamente probado; por ello se vuelve necesario identificar que problemas se están presentando en nuestras instituciones de salud y de forma particular en el personal clínico del hospital, ya que se plantea como el colectivo más expuesto a altas exigencias, por su trato con los pacientes y por lo tanto más susceptible a padecer consecuencias en su salud.

Después de indagar ampliamente acerca de esta problemática, la Comisión Mixta de Medicina en el Trabajo formada por la OIT/OMS, en 1992,¹ decidió reconocer ciertas características de la organización tales como: la ambigüedad y el conflicto en el rol, las exigencias psicológicas tanto sensoriales, como cognitivas y emocionales, una mala calidad de liderazgo, así como un pobre apoyo social, el trabajo aislado y una baja estima, que después de ser exhaustivamente examinados, fueron considerados como factores de riesgo psicosocial porque afectan la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que también llamamos estrés.

A estas características se les denominan: formas nocivas de la organización. Es decir "los estresores psicosociales representan la exposición, la organización del trabajo el origen de éstas y el estrés el precursor del efecto (enfermedad o trastorno que puede producirse)." ²

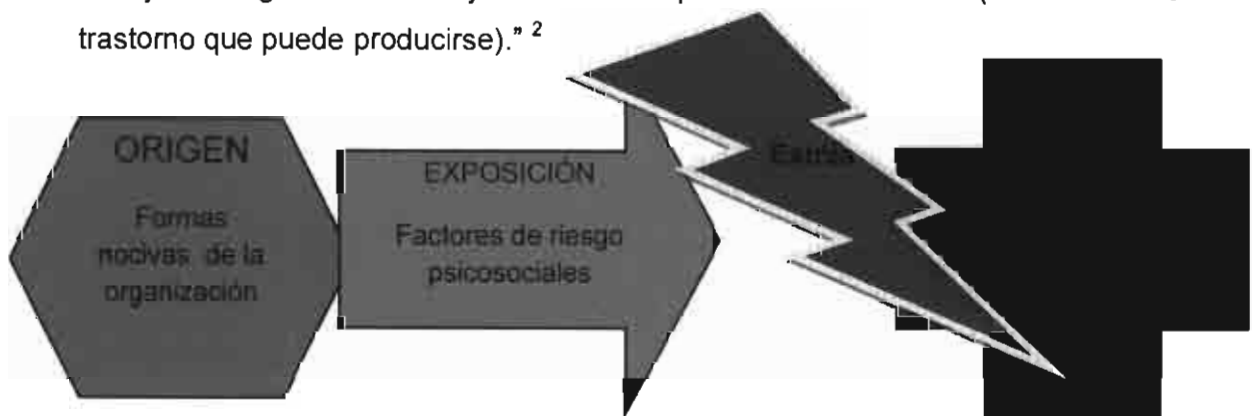


Figura No.1 Fuente: Elaboración de la autora.

Diversos procesos psicológicos estrechamente relacionados, representan la base entre la organización del trabajo y la salud. Se trata de mecanismos emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación y apatía), cognitivos (restricción de la percepción, de la habilidad para concentrarse y de la creatividad o de la toma de decisiones), conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios) y fisiológicos (reacciones neuroendócrinas).²

“Estos mecanismos, a los que denominamos estrés, pueden ser precursores de enfermedad bajo ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia, duración y ante la presencia o ausencia de otras interacciones.”²

La finalidad de esta investigación es la de identificar cuales son las formas de organización nocivas, que se presentan en el hospital y estudiar específicamente como están repercutiendo en la salud del personal clínico, por suponerse el personal mayormente expuesto, debido a su trato con el paciente.

El conocimiento derivado de este estudio puede ayudar a implementar estrategias para proteger el bienestar del personal clínico y promover ambientes más saludables, así como la concurrente elevación de su calidad de vida, lo cual coadyuvará a su vez a elevar su competitividad.

Los efectos globales que llegaron a nuestro país por medio de las empresas transnacionales, con sus filosofías basadas en la optimización del personal y la falsa creencia de que el cambio económico se convertiría en la máquina más poderosa para propulsar el mejoramiento humano y la justicia social, vemos como en la realidad de nuestro país, esta creencia cada día se torna más lejana.

En nuestras Instituciones públicas los preceptos de la nueva filosofía del Management, que se centra en el capital humano como la riqueza primordial de toda institución, al cual se le debe cuidar, capacitar y motivar, pues su fuerza representa el motor de toda empresa o institución humana, vemos cómo los directivos soslayan este precepto, perdiendo de vista la esencia que les dio origen.

¿Por qué es importante que las personas que tengan cargos en el sector público conozcan y se apropien de esta disciplina? La disciplina del nuevo Management tiene su origen en investigaciones realizadas en la década de los años 30, dentro del marco de la denominada Escuela de Relaciones Humanas cuando Elton Mayo pretendía conocer el efecto de la iluminación sobre el rendimiento de los operarios.

Se cuestionó si a mayor iluminación, habría mayor productividad de los operarios, al hacer el experimento en sentido inverso; es decir, analizar la prueba de iluminación disminuyendo la intensidad de la luz. Para su sorpresa se encontró que las condiciones de productividad no variaban y que los trabajadores igualmente seguían elevando su rendimiento personal, infiriendo que la intensidad de la luz no afectaba el rendimiento personal. Se hizo entonces la pregunta ¿qué era lo que estimulaba a los trabajadores?

Al fin dedujo que: "El hombre gusta de trabajar, siempre y cuando reciba satisfacciones de orden psicológico". Aquella conclusión fue trascendente porque se constituyó desde la base de la disciplina del nuevo management. Por lo que se puede inferir que si todo jefe tuviera conciencia de la necesidad de reconocimiento, no se presentarían tantos desequilibrios en la estima y las recompensas de los empleados, pues los jefes nunca los dejarían de ver como lo que son "seres humanos." ³

Entonces sería sencillo: "Hacer que las personas sean capaces de desarrollar una acción conjunta al darles objetivos comunes, la estructura correcta, capacitación continua y desarrollo que precisan para alcanzar resultados y enfrentar el cambio", pero sobre todo la necesidad de desarrollar la habilidad para el ejercicio del tan ávido liderazgo.

¿Pero qué es el management?: *"Management es definir la misión de la empresa,*

*para motivar, organizar y coordinar las energías humanas a fin de cumplirla, ... es la que requiere desarrollar la habilidad para ejercer un liderazgo”, por supuesto que requiere de conocimientos, pero en la sencillez, precisión y profundidad de este concepto, está la esencia de lo que realmente significa dirigir y de lo que implica ser un verdadero manager, con la capacidad de ejercer un liderazgo positivo, justo y democrático.*³

A través de la revisión de numerosas experiencias, se puede concluir que para que una intervención sea eficaz debe enfocarse en los “sistemas”, es decir se debe evaluar todo el sistema, incluyendo los subsistemas técnico, humano y organizacional como parte fundamental para el crecimiento de las instituciones de salud.

Lo cual implica la prevención, en donde la organización del trabajo cobra gran importancia, por representar el origen de las exigencias psicosociales, las cuales son las que deben cambiarse, estableciendo a su vez un programa para ayudar a los trabajadores que sufren los síntomas del estrés laboral, el cual deberá basarse en escuchar a los empleados acerca de sus preocupaciones, su dolor, y las soluciones que ellos requieren para hacer su lugar de trabajo más amable, digno y saludable, ello representa la clave del éxito para que este esfuerzo rinda frutos, pues se plantea que aquí empiece el primer cambio, el involucramiento de los actores (trabajadores, dirección y sindicato) llevará a la conciencia de la necesidad de mejorar las condiciones y su entorno de trabajo para proteger la salud.

Debido a la necesidad de identificar, localizar y medir las exposiciones, mediante métodos técnicamente válidos y fiables, logrando así su operatividad, ayudando también a hacerlos socialmente aceptables, la aparición del Copenhagen Psicosocial Questionnaire (CoPsoQ) en el 2000, representa un importante avance en cuanto a la metodología que logra relacionar y probar los daños que causa una gestión inadecuada tanto en el clima laboral como en la salud de las personas

expuestas a estas exigencias, por ello fue el método elegido para llevar cabo este trabajo.⁴

En el estudio de Jaime Breilh, realizado en los hospitales públicos en Ecuador, el cual afirma que: ...“en un contexto de deterioro de las políticas sociales del Estado, de empobrecimiento de los hospitales y de sus recursos; el trabajo se torna altamente estresante y destructivo para la salud del personal que enfrenta condiciones nocivas, que tienen que ver con la estructura organizacional y de poder altamente jerarquizada y de falta de solidaridad con el hospital”. A su vez su trabajo pudo corroborar por un lado la alta prevalencia e incidencia de sufrimiento mental en los residentes y por el otro demostró...“el condicionamiento social de la patogenicidad del estrés laboral.”⁵

En México las investigaciones que logran relacionar y probar los daños que causa una gestión inadecuada tanto en el clima laboral como en la salud de las personas expuestas son escasas, por no decir inexistentes. Adicionalmente a esto las Instituciones Públicas incluyendo las dedicadas a la salud no cuentan con políticas, planes ni programas para proteger la salud de los trabajadores, a pesar de la evidencia de los riesgos, exigencias y alerta sobre la urgente necesidad de introducir medidas de regulación y prevención en la salud laboral.

La Ley Federal de Trabajo tampoco contempla las exigencias psicosociales. Sólo los riesgos por accidentabilidad, en el Título Noveno referente a los riesgos de trabajo en el subtítulo denominado “Tablas de Enfermedad de Trabajo”, en el apartado de las Enfermedades endógenas y las afecciones derivadas de la fatiga industrial, este apartado solo habla de la neurosis en algunas actividades, tales como: Pilotos aviadores, telefonistas y otras, por lo que no podemos afirmar que se cuenta con leyes que protejan la integridad mental de las personas, por ello se requiere abrir el diálogo entre los investigadores, directores, legisladores, sindicatos, trabajadores, a efecto de que lleguen a implementarse los cambios organizativos que se deriven de los resultados de este estudio, con el propósito de proteger la integridad mental y física de los trabajadores.⁶

Lo que la presente investigación pretende dejar muy claro; es que las intervenciones preventivas no requieren cambios irrealizables, a partir de hacer conscientes a los actores de que esta competencia no es exclusiva de los administrativos, pues representa una posición insostenible para quien dedica su trabajo a la prevención, debido a que la organización del trabajo no es intocable, por lo que los resultados del presente estudio deberán ser vistos como oportunidades para mejorar tanto la organización como el entorno laboral y el bienestar mental de los trabajadores del hospital.

El presente trabajo se estructuró de la siguiente forma: En el apartado I se describen los antecedentes del hospital, en el marco conceptual (apartado II) se incluye una revisión bibliográfica de los estudios realizados acerca del tema en estudio, en el contexto internacional. El apartado III da a conocer el método utilizado, el instrumento, las variables dependientes e independientes y se muestra como se llevó a cabo tanto la recolección como el procesamiento de la información.

Los resultados se revelan en el apartado IV, en donde se muestran tanto las características sociodemográficas, como las condiciones generales de trabajo así como los hallazgos de la evaluación de los daños a la salud del personal clínico. Y en el último apartado V, se ponen de manifiesto tanto la discusión, como las conclusiones, así como las propuestas que sientan las bases para las futuras investigaciones.

El objetivo general de este trabajo es evaluar las exigencias psicosociales a las que se encuentra expuesto el personal clínico del hospital, para conocer cuales están provocando estrés, falta de vitalidad malestar mental e insatisfacción laboral.

El objetivo específico es identificar cuales son las formas nocivas de la organización del trabajo, que se están presentando en el hospital y en que grupos de trabajo clínico.

Hipótesis

El estrés, la falta de vitalidad, el malestar mental y la insatisfacción laboral están relacionados con las exigencias psicológicas emocionales, inseguridad, falta de previsibilidad, con una mala calidad de liderazgo, pobre apoyo social de jefes y refuerzo y a una falta de estima.

I. Antecedentes del Hospital Psiquiátrico Infantil

“Dr. Juan N. Navarro”

La pobreza y el estancamiento económico de los países latinoamericanos tienen un impacto directo e indirecto sobre el bienestar social y mental (hambre, desnutrición, condiciones de vida inadecuadas, mayores riesgos para la salud y servicios de salud inadecuados). La aglomeración urbana y la mala organización del trabajo pueden ser causa de ansiedad, depresión, estrés crónico, y al mismo tiempo pueden tener un efecto perjudicial, sobre la calidad de vida de familias y comunidades, a pesar de que todo el mundo continúa renuente a darle la importancia que requieren los problemas de salud mental, a reconocer que se conglomeran por obra de círculos viciosos y a asignar recursos humanos y materiales, para el desarrollo de políticas y programas.⁷

La salud mental constituye una de las fronteras fundamentales, que hay que franquear para mejorar la condición humana.” Frente al estigma que se extiende no sólo a los pacientes, sino también a los trabajadores y profesionistas de la salud mental”.

En el contexto internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestó que las...“necesidades crecientes de atención en salud mental en América Latina requieren de programas de intervención creativos y científicamente probados, así como de la voluntad política y consenso social para impulsarlos.” Por ello el 7 de abril de 2001, la celebración del día mundial de la salud se dedicó a la salud mental, destacando su importancia, no sólo como problema de salud, sino también por su impacto en el desarrollo socioeconómico de las naciones.⁸

Las prioridades y estrategias de la cooperación técnica responden a un análisis realizado por la OPS, en donde quedó de manifiesto que en algunos de los países miembros, se carece de un apoyo adecuado por parte de los gobiernos y valoración insuficiente por parte de la sociedad, contrastando con las necesidades

abrumadoras de atención. Este mismo análisis reveló que la orientación de los servicios disponibles para atender estas necesidades es frecuentemente insuficiente, inadecuada, y de calidad deficiente. Así, mientras que la salud física merece toda la atención e inversión de recursos, la salud mental permanece en el abandono.

En el contexto nacional, el Programa de Salud Mental de la Secretaría de Salud, se sustenta en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud emanados de la administración del 2001-2006. Las metas del Programa Nacional de Salud en materia de salud mental fueron:

- ❖ Incrementar veinte por ciento los servicios proporcionados a la población con padecimientos mentales.
- ❖ Ampliar en un veinte por ciento la capacidad y los recursos para la atención en salud mental.
- ❖ Mantener bajo control epidemiológico las tasas de suicidio consumado.⁸

Dichas metas no se lograron, ya que en la implementación de este Programa de Salud Mental sucedió, lo que con la mayoría de los programas del gobierno, cada sexenio cambian los directivos y cada directivo impone sus reglas, por lo que no se le dio seguimiento alguno, lo anterior aunado a que nuestros sistemas de salud padecen no tanto la brecha tecnológica, sino la brecha de la implementación, existen buenos programas pero no se llevan a cabo.

“En México, los primeros hospitales creados para la atención de los enfermos mentales, datan del siglo XVI; con modelos de atención manicomiales, asilares, estigmatizantes, administrados principalmente por órdenes religiosas. De 1566 a 1821 se crean los hospitales y servicios de salud mental; San Hipólito y el Hospital del Divino Salvador, que al unirse formaron el conocido Hospital Psiquiátrico de la Canoa, el cual perteneció al sistema de beneficencia pública. En el período de 1905 a 1910 se incrementó la demanda de estos servicios y el ayuntamiento de la

Ciudad de México promueve el proyecto de la Hacienda de la Castañeda en Mixcoac, Distrito Federal.”⁹

El 1° de septiembre de 1910 es inaugurado el manicomio general de la Castañeda, por el entonces presidente de la República Gral. Porfirio Díaz, en el se atendían a hombres, mujeres y niños con padecimientos mentales, sin que existiera una diferencia clara de acuerdo a su edad y psicopatología. Esta institución fue la más importante en América Latina, pero con el paso del tiempo, y por la demanda excesiva, se hizo necesario contar con un nuevo modelo que permitiera dar cobertura a la demanda poblacional, y en el año de 1965, se anuncia su cierre dando paso al proyecto “Operación Castañeda”, que consistió en la creación de una serie de unidades específicas, entre ellas un pabellón destinado a la población infantil.

Durante años estuvieron reunidos en un solo pabellón niños epilépticos, psicópatas, deficientes mentales, neuróticos y con otros padecimientos. A la heterogeneidad de padecimientos se agregaba la diferente evolución y edad, pues había desde lactantes de seis meses adolescentes de dieciocho años y mujeres y hombres adultos.⁹

La Dra. Matilde Rodríguez Cabo inició los esfuerzos por lograr la separación de los niños de los adultos, cuando ambos tenían el infortunio de coincidir en ese antiguo recinto. Cuando los niños en formación de su personalidad, además de sufrir segregación, exclusión y el estigma de la época, tenían que estar en contacto íntimo con la patología mental del adulto.

El antiguo pabellón de psiquiatría infantil (1938-1966), del manicomio general de la Castañeda (1910-1965) cerró sus puertas y envió a sus pacientes menores de edad al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. A partir del cierre de la Castañeda hubo todo un proceso para la reubicación de estos pacientes con psicopatología y género diferente. Lo anterior dio la pauta, para que... “ante tan

diversos padecimientos y necesidades por decreto presidencial se construyera en el predio que ocupaba la Hacienda de San Isidro Tlalpan, el actual Hospital escuela, único en su género ya que forma (paidosiquiatras) psiquiatras especialistas en niños, mediante una residencia de 2 años, dicha subespecialidad médica tiene un requisito previo de 2 años en psiquiatría.”⁹

Actualmente en el hospital se ofrece atención de alta especialidad a niños y adolescentes de escasos recursos con base en su psicopatología específica tal como: ansiedad, depresión, déficit de atención, problemas de conducta, autismo, problemas del desarrollo, trastornos de la alimentación. A partir de 1987 se crean las siguientes clínicas: a) Painavas (servicio especializado en atención a niños y adolescentes víctimas de abuso sexual); b) Paideia (servicio especializado en niños y adolescentes farmacodependientes); c) Clínica de la atención; d) Clínica de trastorno de las emociones; e) Clínica de la adolescencia; f) Clínica de desarrollo infantil.

A la fecha el hospital continúa ofreciendo consulta a población abierta bajo este esquema. Además de prestar los siguientes servicios: a) urgencias, b) pediatría, c) neuropediatría, d) medicina física y rehabilitación, e) psico-diagnóstico, f) psicoterapia, g) psicoeducativo, además de contar con el servicio de hospitalización (el cual cuenta con 120 camas censables). Actualmente se cuenta con guías clínicas para mejorar los modelos de atención de niños y adolescentes, a los cuales se les contempla incluir una atención integral e interdisciplinaria, basada en evidencia científica. (Pendientes aun de implementarse en el hospital).

Es importante destacar que el Hospital Psiquiátrico Infantil tiene una historia de lucha por defender el predio en el que se encuentra ubicado, (lucha que han dado los trabajadores del hospital y a últimas fechas los padres de los pacientes). Pues ha tenido varios embates para ser reubicado.

Tanto el Instituto Nacional de la Nutrición, como el Instituto Nacional de

Cancerología, inclusive el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” han crecido en su infraestructura, estructura y superestructura, sin embargo las instalaciones del hospital “Dr. Juan N. Navarro” se encuentran en un considerable estado de deterioro, el mobiliario y equipo es muy viejo e inadecuado, los espacios físicos muy pobres, no se reponen las plazas que por jubilación se desocupan y no se destinan los recursos necesarios para adaptar el hospital a las nuevas tecnologías.

Este antecedente nos aporta claridad en cuanto a que las profesiones de psicología como de psiquiatría aun no son reconocidas por nuestra sociedad y al parecer tampoco por la misma autoridad del sector, como la solución a la atención de los padecimientos de salud mental de la población, es quizá la razón por la que no existen políticas, planes y programas vigentes que sirvan para establecer el diálogo entre investigadores, clínicos, directivos y otros profesionales de la salud, por lo cuál su implementación continuará en duda, mientras no haya la convicción social y política para desarrollar los planes y programas necesarios para mejorar la salud mental, para la población y menos aun para los que la proveen.

Por lo que se refiere a la salud mental de los trabajadores, se vislumbra un panorama nacional muy desalentador. El programa de la OIT de “trabajo decente” incluye preceptos tales como: la protección de la salud no sólo física sino también mental, a su vez la protección del sindicato, cumpliendo con la contratación colectiva, salarios justos, capacitación educativa y técnica, su objetivo principal nace de luchar contra la pobreza y reivindicar al trabajador en labores dignas y bien remuneradas.¹⁰

Para que en México se cumplan estas premisas se requeriría la justa aplicación y el respeto de los gobiernos a los convenios fundamentales de la OIT, lo cual implicaría cambios en los procesos y valores, hacer propios los objetivos de las instituciones y ponerlos por encima de los intereses personales, requiere que los actores políticos sean capaces de comprometerse, sin olvidar el objetivo social de

su creación, buscando eliminar las desigualdades sociales, sólo así lograrían trabajar en equipo, coordinarse con los demás, lo cual implicaría renunciar al yo único e individual y no perder la esencia por ver sólo la apariencia.

En la época postmoderna, en la que estamos insertos, es claro que existe un atraso principalmente en el área administrativa o de dirección o si queremos ser más específicos en la aplicación de la de la nueva filosofía del management, pues como ya se ha mencionado anteriormente hacen falta verdaderos líderes de conciencia, que continúen y coordinen los programas. Si en la administración pública, se aplicaran los preceptos básicos de la teoría administrativa: Planeación, Organización, Dirección, Coordinación y Control, ¹¹ no estarían tan desvinculados los sistemas de salud, y simplemente habría más orden en nuestras instituciones.

Dirigir una institución, un hospital o una universidad, del tipo que sea, requiere básicamente de lo mismo para dirigir una empresa, ya que cualquier institución no es otra cosa que una empresa humana, tal como se decía antes, que tiene una finalidad, un propósito y una misión que cumplir, sin un propósito compartido no hay nada. La misión es lo que da entidad y razón de ser a cualquier asociación humana.

Entonces el asunto es formar, desarrollar y mantener en las instituciones públicas verdaderos líderes positivos, con ideologías férreas, con grandes ideales, esforzados, con convicciones e ideología, interesados y conscientes de las necesidades de un cambio profundo, líderes de fe, razón y ciencia.

Nuestras instituciones, incluyendo al Hospital Psiquiátrico Infantil han sido alcanzadas por el nihilismo, pues parecen haber perdido la esencia, el objetivo por el que fueron creadas, ya que se conducen con superficialidad, pues no son capaces de ver dentro de las personas, sus sentimientos, sus padecimientos y tampoco sus enfermedades, pues entraron en la crisis de los afectos. ¹²

Por lo que los avances científicos parecen cuestionables desde este punto de vista, pues se afirma haber logrado abatir prácticas deshumanizantes para los pacientes, sin embargo para los empleados no se puede hablar de tal avance, pues se cuenta con la evidencia de que las condiciones de trabajo del personal clínico y de forma muy especial de los residentes cada vez se tornan más precarias, desiguales y antidemocráticas.

II. Marco teórico

La investigación en materia de factores psicosociales supone el acercamiento a un conjunto de modelos diversos en sus enfoques, pero similares muchos de ellos en la concepción de la realidad, extendida más allá de las fronteras de los sitios de trabajo para comprender la situación del "hombre" como ser integral, inmerso en una realidad histórica, determinada por sus condiciones sociales y de trabajo. Cabe decir, que se encuentran mayores coincidencias en los modelos que explican la generación de estrés que en las concepciones mismas de los factores psicosociales.

El tema central en el estudio del estrés ocupacional es el conocimiento de cómo los factores ambientales influyen en la salud y el comportamiento, dicho enfoque interdisciplinario, se fundamenta en la dinámica de la tensión persona-medio ambiente, visto desde diferentes perspectivas tales como la social, psicológica y biomédica (Biopsicosocial).¹³

Se destaca en este punto la aportación de la sueca Frankenhauser M., creadora de este modelo, sus investigaciones en las últimas décadas en donde el tema central es el estudio de cómo los factores ambientales influyen en la salud y el comportamiento, en donde el enfoque interdisciplinario ha sido determinante, centrado en la dinámica de la tensión persona-medio ambiente, pero integral desde la perspectiva social, psicológica y biomédica. Enmarcado en el modelo del estrés y de cómo hacerle frente en el lugar de trabajo, nos aporta nociones clave en el enfoque biopsicosocial endócrino, y de cómo éste ocasiona respuestas psicosociales en las personas que sirven de alerta temprana de riesgos a largo plazo. La investigación sobre la liberación de las hormonas adrenales (catecolaminas y cortisol), en respuesta a diferentes demandas de trabajo se interpreta en términos de esfuerzo.¹⁴

La importancia del control personal durante el estado de esfuerzo, se considera positiva. La propuesta de Frankenhauser es el diálogo entre los investigadores

en el ámbito biopsicosocial y los trabajadores, sus organizaciones, y la gestión. El diálogo es visto como un instrumento para traducir los resultados de la investigación en medidas prácticas.¹⁴

Los riesgos psicosociales existen, afectan la salud física y mental, a menudo tienen su origen en la organización del trabajo, son identificables, medibles y controlables. El problema normalmente se plantea como un tema individual que tiene que ver con la personalidad y las características de las personas afectadas. Ello ha sido muy evidente en los casos de *mobbing*. Las escasas actuaciones preventivas en las instituciones también se han basado en la personalidad y en características individuales de los trabajadores. La exposición a los riesgos psicosociales no es cuestión de personas perversas, de personas demasiado susceptibles, que no puedan o sepan abordar el estrés.

El conocimiento científico más sólido en este tema señala que para prevenir los riesgos psicosociales se ha de actuar sobre su origen: las condiciones relacionadas con la organización del trabajo. Siendo éste el tema que nos ocupa, los resultados del presente trabajo, deberán darse a conocer tanto a las autoridades, como al sindicato y a los trabajadores, quienes se pretende se conviertan en los actores que implementen los cambios.

Debemos reconocer que, como en otros temas, aún quedan aspectos por investigar y profundizar, pero el objetivo es claro: La identificación y prevención de los riesgos psicosociales debe basarse en las características de la organización del trabajo, de las cuales se cuenta con evidencia científica de que pueden afectar negativamente la salud, atacar el problema de exposición y no únicamente su efecto en el origen, también en el caso de los riesgos psicosociales.

Enmarcado en el lugar de trabajo, el estudio de cómo este entorno impacta y desencadena respuestas neuroendócrinas en las personas por medio de la liberación de las hormonas adrenales (catecolaminas y cortisol), en respuesta a

diferentes demandas de trabajo, lo cual se interpreta en base a los modelos demanda control y esfuerzo - recompensa, en donde lo importante es lograr el control para que el trabajador sea motivado hacia el mantenimiento de un estado de esfuerzo positivo.”¹⁵

El modelo demanda control

Surge en 1979 con Karasek gracias a la realización de un estudio binacional y longitudinal en Estados Unidos de Norteamérica y en Suecia, el cual demuestra que los niveles más agudos de distrés expresados como ansiedad y tensión mental corresponden a trabajos con altas demandas y baja capacidad de decisión, en contraste con los que registraban una alta demanda y libertad que, a pesar de registrar un grado de actividad significativamente alto, manifestaban un nivel bajo de distrés.¹⁶

Después de varios estudios en 1990 Karasek y Theorell, pudieron establecer el valor predictivo del modelo denominado demanda-control, lo cual fue posible gracias al análisis de las demandas psicológicas (cuánto y a qué ritmo se trabaja) en combinación con el control (campo autonomía y utilización de habilidades) determinan 4 condiciones de riesgo psicosocial: 1) trabajos de tensión alta, 2) trabajos activos, 3) trabajos de poca tensión y 4) trabajos pasivos. La combinación del cuadrante 1, se establece como el de menos estrés (no dañino), mientras que el cuadrante 2 y 4 se clasifica como de “estrés moderado”, por su parte el cuadrante 2 tiene un potencial de desarrollo en estrés “positivo”.

Es el cuadrante 1 el de mayor preocupación, pues representa un alto riesgo de tensión acumulada que deriva en enfermedad crónica. Los trabajos considerados de alta tensión psicológica que implican reacciones más negativas (fatiga, ansiedad, depresión y enfermedad física) se producen cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son grandes y se cuenta con escasa la latitud de toma de decisiones del trabajador.¹⁶

Se menciona el logro del trabajo realizado por un grupo de investigadores latinoamericanos que se propusieron lograr la asociación entre el modelo demanda control y la salud mental en los trabajadores latinoamericanos, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre estas variables.

Este comparativo de los valores de tres países México, Colombia y Chile contra los obtenidos en una encuesta nacional de Estados Unidos, dejan ver que en general los casos latinoamericanos poseen condiciones psicosociales más adversas.¹⁷

Modelo demanda control

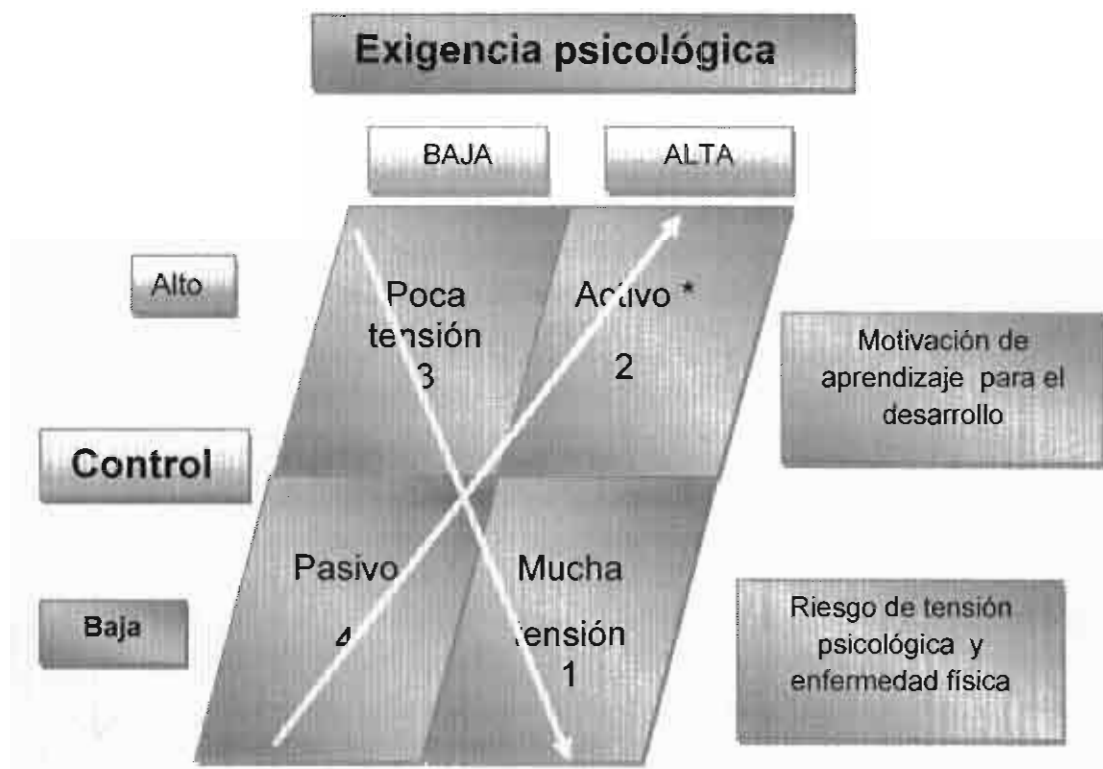


Figura 3 Fuente: OIT Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo. Karasek R, Theorell T (1977) Johnson J, Hall E. Introducción del apoyo social como la tercera dimensión de este modelo (modelo demanda - control - apoyo social). 1988.¹⁸

El apoyo de superiores y compañeros en el *trabajo* actuaría como modificador del efecto de alta tensión, de forma tal que el riesgo de alta tensión aumentaría en situación de bajo apoyo social (por ejemplo, en trabajos aislados y podría moderarse en situación de trabajo de alto apoyo (por ejemplo, trabajo en equipo). Es necesario destacar que la combinación sinérgica, es lo que justifica llamarlos *factores psicosociales*, justamente como lo propone Karasek en su modelo, pues representan la combinación sinérgica de demandas y control.¹⁸

El modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa

Effort Reward Imbalance (ERI) creado por Johannes Siegrist, es una herramienta nueva para estimar estrés laboral, el número de trabajos publicados que lo utilizan es cada vez mayor".¹⁹

Este modelo se centra en el rol e importancia del trabajo remunerado, la amplia gama de estrés y carga en el trabajo (esfuerzo físico y psicológico) así como, varios tipos de recompensa (estima, seguridad laboral, salario, promociones). La potencia de esta teoría proviene de su capacidad para combinar en un solo modelo global los factores sociales, psicológicos y biológicos.

Se han encontrado numerosas asociaciones entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y sus repercusiones sobre la salud física y mental. El (*ERI*) es un importante predictor de estrés laboral percibido y de salud mental entre los trabajadores".¹⁹

Para entender los efectos de las condiciones de trabajo y sobre todo, de su organización que pueden estar afectando la salud de los trabajadores del hospital, a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos, es necesario comprender el estrés. Existe un gran número de dolencias psicosomáticas producto de una variedad de exigencias en la sociedad actual y muy especialmente dentro del ámbito laboral, el cual está sujeto a las transformaciones en la organización y consecuentemente a nuevas y variadas demandas de trabajo, las cuales han facilitado y difundido el denominado estrés laboral, por lo que tomaremos las

definiciones del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en España; sobre la fisiología del estrés y del proceso de generación del estrés en el ámbito laboral.¹⁹

El proceso por medio del cual se genera el estrés, es el siguiente: “se mantiene la presión y se entra en el estado de resistencia, las personas empiezan a tener una sensación de malestar (tensión muscular, palpitaciones), si continúa el estresor la persona puede llegar al agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y/u orgánicas.

El modelo biosicosocial nos permitirá relacionar la vivencia de una situación estresante con las consecuencias fisiológicas a las que se expone el trabajador y nos aportará una estrategia, para localizar factores ambientales estresantes y analizar sus consecuencias a nivel individual.

Se basa en cualquier situación reconocida (proceso cognitivo), que por medio de la corteza del hipotálamo y vía el sistema nervioso vegetativo autónomo se liberan adrenalina y noradrenalina llamadas hormonas del estrés. Estas hormonas movilizan nuestro cuerpo y nos hacen luchar o abandonar (fight or flight).”²⁰

Las reacciones fisiológicas dependerán de las percepciones que se tengan de las demandas de trabajo, la respuesta del organismo será diferente en cada caso; por ejemplo las tareas exigentes pero controlables inducirán esfuerzo pero sin distrés. A nivel fisiológico se traduce en las catecolaminas y la supresión activa de la secreción de cortisol.

Los estudios actuales se centran en dos dimensiones: por un lado el nivel de actividad o pasividad que implica la tarea, por otro, la dimensión afectiva, según el estado de humor sea positivo o negativo, en cada caso se producen una serie de reacciones, cuyo resultado es el afrontamiento de la situación no deseada o el vencimiento ante la misma.

Los trabajos experimentales basados en esta teoría han permitido identificar dos características específicas de los procesos del trabajo, en función de la percepción

que se tenga del trabajo, o de la actitud ante el mismo: positiva (eutrés) o negativa (distrés) y en relación al contenido de la tarea: actividad o pasividad.

La combinación de ambas variables conduce a la identificación de las características específicas de los procesos del trabajo, que promueven determinadas actitudes y que se relacionan con las respuestas neuroendocrinas y son las siguientes:

	Actividad		
	Esfuerzo		
	Adrenalina++	Adrenalina ++	
EUFORIA	Cortisol --	Cortisol+	MALESTAR
EUTRÉS	Adrenalina-	Adrenalina+	DISTRÉS
	Cortisol-	Cortisol ++	
	Pasividad		

Figura 2 Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.

- ❖ Euforia y eutrés: Aumenta la secreción de catecolaminas y el cortisol se halla muy bajo o inexistente. Esto se presenta en puestos de trabajo con un alto grado de autocontrol y autonomía. El hecho de que el cortisol esté bajo decrece el riesgo de sufrir un ataque cardíaco.
 - ❖ No esfuerzo y eutrés: La no actividad se acepta como algo positivo, dándose un descanso de cuerpo y mente. El nivel de las hormonas está bajo.
 - ❖ Malestar y distrés: Puestos de trabajo con elevadas exigencias de atención, pero las personas tienen un bajo control de la situación, común en los trabajos repetitivos y en cadena. El esfuerzo va acompañado de un aumento en la secreción de catecolaminas, que a su vez provoca efectos negativos, lo que tiende a incrementar la secreción de ambas hormonas: catecolaminas y cortisol.
 - ❖ Poco esfuerzo y distrés: Personas sin empleo y en trabajos muy coercitivos, con muy poca o ninguna autonomía, se acompañan de la liberación del cortisol.
- Resumiendo: el aumento de catecolaminas se debe al tener que rendir ante las exigencias y el descenso de cortisol, significa poder afrontar la situación.²⁰

Una de las fuentes más importantes de estas presiones está relacionada con la organización del trabajo, ya que ésta no se encuentra estructurada en base a las capacidades, necesidades o expectativas del individuo, sino que se encuentra basada en las necesidades de tecnología, productividad, competitividad, hecho que favorece la aparición de estrés, ya que exigencias inapelables del proceso productivo y un deficiente diseño de la organización, son las causas por las que se minusvalora la importancia de los recursos humanos, cuando esto sucede se afirma que la organización del trabajo perjudica la salud.

A pesar de la evidencia científica contraria, con frecuencia la evaluación de riesgos psicosociales se centra en la personalidad o la capacidad de las personas para enfrentarse a ciertas situaciones, por lo que no debe extrañarnos que las actividades preventivas se basen en medidas como cursos de relajación, cursos para «afrontar los límites», para gestionar el estrés, tratamientos de apoyo psicológico, implantación de medidas de mediación y un largo etcétera.

Como señala la OIT, este tipo de actuaciones son de eficacia limitada, no son de carácter preventivo sino curativo y no son universales, ya que están basadas en la participación voluntaria. No se descarta que este tipo de medidas sean necesarias en algún caso, pero siempre como medidas añadidas a la actuación directa sobre el origen del riesgo: la organización del trabajo.

Se trata de conseguir cambiar la organización del trabajo teniendo como criterio no sólo las necesidades institucionales, sino también la salud y el bienestar de los trabajadores. Se trata de eliminar las estrategias de competitividad individual reinante y fomentar el apoyo de superiores y compañeros en la realización del trabajo, incrementar las oportunidades de aplicación y desarrollo de las habilidades y conocimientos en la realización del trabajo, garantizar el trato justo, la estabilidad en el empleo y las condiciones de trabajo.

Además del cúmulo de exigencias laborales ya mencionadas interviene la capacidad de cada individuo para afrontar a los estresores, entendiendo a estos

como: Los esfuerzos cognitivo conductuales para dirigir, controlar, tolerar o disminuir las demandas ambientales e internas y los conflictos que exceden los recursos disponibles.

La función protectora de la conducta de afrontamiento puede ser ejercida de tres maneras:

- Eliminando o modificando las condiciones que originan el problema.
- Controlando perceptivamente el significado de la experiencia de forma que neutralice sus aspectos problemáticos.
- Manteniendo las consecuencias emocionales de los problemas dentro de los límites controlables.

Los factores determinantes del afrontamiento se activan cuando en la evaluación cognitiva se llega a la conclusión de que puede hacerse algo para controlar el estrés, es aquí donde la persona reacciona positivamente dando los pasos necesarios para eliminar el estresor o mitigar sus efectos, tales como:

- Establecer un plan de acción para enfrentarse con el estresor.
- Retrasar el afrontamiento y esperar una oportunidad para actuar.
- Autocontrol y procurar no precipitarse.
- Buscar apoyo consejo, ayuda e información.

Cuando el afrontamiento se centra en la emoción:

- Escape – evitación: tomar alcohol o drogas.
- Aceptación: conformarse.
- Negación de la realidad.
- Retraimiento conductual: reducir los esfuerzos para superar el estresor.
- Retraimiento mental: tratar de olvidar el problema, no prestarle atención, no tomarlo en serio.
- Reevaluación positiva: reinterpretar la situación de manera positiva.
- Buscar apoyo emocional.

También existen factores que determinan la capacidad de afrontamiento del individuo:

- ❖ Factores internos: relacionados con las características de personalidad, como el optimismo, el autoconcepto, la autoestima.
- ❖ Factores externos: el apoyo social o recursos potencialmente útiles que podemos recibir de otras personas. Se define como el conjunto de recursos reales o percibidos que promocionan de forma instrumental y/o expresiva la comunidad, redes sociales y los compañeros significativos.²¹

Tabla 1 Efectos del estrés en la salud y el trabajo

Tipos de efectos del estrés	Malestares causados por el estrés	Efectos del estrés en la salud	Efectos del estrés en el trabajo
Emocionales	Ansiedad, agresividad, apatía, sentimientos de culpa, vergüenza, irritabilidad, tristeza, soledad, baja autoestima	Asma, amenorrea, dolor de espalda y pecho, diarreas, poliuria, insomnio, mareos, salpullidos y picores, pérdida Interés sexual, trastornos gástricos, diabetes	Ausentismo, baja productividad, alta tasa de accidentes. Clima organizacional negativo Falta de satisfacción laboral
Cognitivos	Incapacidad para tomar decisiones. Incapacidad para concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a las críticas, bloqueos mentales	Arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos, pérdida del apetito, consumo excesivo de alcohol o tabaco, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud y temblor	Ausentismo. Aumenta el riesgo de padecer accidentes de tránsito (cuando afectan a conductores de trenes o autobuses. Decisiones erróneas de directivos
Conductuales	Propensión a los accidentes, consumo de drogas, explosiones emocionales, comer, beber o fumar en exceso falta de apetito, excitabilidad, conductas impulsivas, alteraciones del habla, incapacidad para descansar, risas nerviosas, temblores, oleadas calor-frío	Trastornos del sueño, explosiones emocionales, excesiva ingestión de alimentos, pérdida del apetito, consumo excesivo de alcohol o tabaco, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud y temblor	Ausentismo, propensión a sufrir accidentes, relaciones laborales pobres y baja productividad, alta rotación de personal, clima organizacional pobre, antagonismo e insatisfacción laboral
Somáticos	Aumento de los niveles de catecolaminas y corticoesteroides en sangre y orina, aumento niveles de glucosa, aumento ritmo cardíaco, elevación presión arterial, sequedad de boca, sudoración intensa, dilatación de pupilas, nudo en la garganta	Incrementan el riesgo de sufrir enfermedades coronarias, debido al aumento de la tensión arterial. Cefalea, colon irritable. Reducen el tiempo de coagulación en la sangre. Incrementan el contenido de grasas en el organismo	Ausentismo, enfermedades incapacidades

Fuente: Comisión Europea. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. 2000.²²

“El estrés en el trabajo se define como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación”.²²

Conceptos de las dimensiones de salud, estrés y vitalidad

Es importante destacar que las definiciones de las dimensiones de salud, estrés, vitalidad y satisfacción no deben confundirse con enfermedades o alteraciones de salud determinadas, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, que usan las investigaciones causales y para las que existen periodos de latencia generalmente prolongados; estas repercusiones en la salud de latencias largas constituyen efectos distales de las exposiciones a condiciones psicosociales nocivas.

Sin embargo, las medidas de salud (salud general, salud mental y vitalidad) contenidas en el instrumento (CoPsoQ) no son medidas de *enfermedad*, sino de los niveles de *salud*, las de estrés (síntomas conductuales, somáticos y cognitivos) son medidas de *efectos proximales* (con periodos de latencia mucho más cortos, más cercanos a la *salud* que a la *enfermedad*) y constituyen de hecho *precursores* de los efectos más distales (por ejemplo, de enfermedad cardiovascular), mientras que la satisfacción constituye una medida más indirecta y general de un efecto también *proximal* de las condiciones de trabajo, pero no es un efecto de salud.²³

Estas relaciones, como ya se ha dicho, constituyen evidencias de validez, pero no representan necesariamente relaciones causales entre la exposición a una determinada dimensión psicosocial y el nivel de salud, estrés y satisfacción debido, fundamentalmente, a que el diseño del estudio de tipo *transversal* no permite asegurar la *direccionalidad* de las asociaciones, o sea, que las exposiciones psicosociales precedieron en el tiempo a los efectos (de salud, estrés y satisfacción) con ellas relacionados. Esta es una de las limitaciones

actuales más relevantes para trasladar las conclusiones obtenidas en investigaciones causales (generalmente complejas, largas y caras) a recomendaciones preventivas concretas y abordables en las instituciones.

Concepto de salud general (CVRS Calidad de vida relacionado con la salud)

El concepto de salud general, aunque es un concepto percibido como menos científico, y de menor validez que el diagnóstico del estado de salud realizado por un médico, en las últimas décadas la salud percibida ha sido ampliamente estudiada, de tal forma que ha cambiado radicalmente esta concepción. Lo que se ha demostrado es que la percepción de la salud es un indicador muy fiable de mortalidad y morbilidad, utilización de servicios de salud, desempleo, jubilación anticipada, ausencias por enfermedad. Por lo que la percepción del estado de salud es un excelente indicador, fácil de medir. ²⁴

La OMS define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura, sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1998).

- ❖ El instrumento WHOQOL-100 World Health Organization Quality of Life, único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida, logrado con la colaboración y aporte de equipos de distintas disciplinas, establece una serie de puntos, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores, las mediciones de dicho instrumento de la calidad de vida relacionada con la salud son: ²⁴

1. Subjetivas: Recoger la percepción de la persona involucrada.
2. Multidimensionales: Revelar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social e interpersonal.

3. Incluir sentimientos positivos y negativos.

4. Registrar variabilidad en el tiempo: Edad, la etapa vital que se atraviesa niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor, el momento de la enfermedad que se cursa, marca diferencias importantes en los aspectos que se valoran.²⁴

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción de bienestar del paciente.

La CVRS (La calidad de vida relacionada con la salud) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores, creencias y su contexto cultural. (Se mide con base en la escala de salud general del cuestionario SF36, instrumento de validez comprobada, útil para medir componentes fundamentales de la salud de los trabajadores).²⁵

La verificación empírica de este modelo nos permitirá contar con la evidencia científica para pasar del modelo biomédico que apunta fundamentalmente a los aspectos biológicos de la enfermedad (signos y síntomas) a un modelo integral bio-psico-social que, además de tomar en cuenta todos los aspectos clínicos relevantes, basados en la mejor evidencia disponible, agregue la consideración de los aspectos psicosociales y permitan promover la mejor calidad de vida posible.

El concepto de salud mental

La salud mental es uno de los aspectos más importantes de la salud de una persona, por ello se puede afirmar que es el pilar central de la calidad de vida. Además, una mala salud mental puede ser el origen de una serie de consecuencias negativas para la salud, desde uso o abuso de productos medicinales hasta el suicidio y por supuesto, puede complicar, agravar e incluso ser el origen inmediato de enfermedades físicas. En el lugar de trabajo, la mala salud mental puede manifestarse como muchas ausencias, malas relaciones con compañeros y pacientes.²⁶

Históricamente el concepto de salud ha sido tratado desde una mirada negativa, en donde el deterioro del estado de salud se constituye en el referente para su medición y análisis, mientras su lado positivo se explica muchas veces desde condiciones subjetivas referidas a estados de bienestar definidos de manera ambigua.

En las últimas décadas, el desarrollo de la Promoción de la Salud ha implicado una revisión del paradigma salud-enfermedad hacia la definición de metas saludables en términos de condiciones de vida. El compromiso político con la salud debe expresarse en la oportunidad que la sociedad debe brindar a todos sus miembros para disfrutar de más y mejores años de vida, plenos de posibilidades físicas e intelectuales para el logro de metas económicas, culturales y afectivas.²⁷

Si se acepta como punto de partida que lo que da sentido a la calidad de vida de una persona es la percepción individual de su bienestar, es en su mente donde se expresa de manera concreta la condición de salud, es decir su experiencia interna (pensamientos, afectividad y relaciones con el entorno), las dimensiones psicológicas y sociales de la salud y de la enfermedad se plantean con verdadera importancia.

El reconocimiento de la salud mental, lejos de plantearse como la ausencia de enfermedades y problemas mentales, debe orientarse por el contrario, a fomentar la percepción y conciencia de los problemas, al igual que la posibilidad personal y/o colectiva para su solución, modificación e intervención. Es un componente inseparable de la salud, un aspecto constitutivo de bienestar, determinado por el

estado que asumen en individuos o grupos, los sistemas sociales, orgánicos y psíquicos en cada momento histórico, resultante de una compleja dinámica interacción que se expresa a través del comportamiento en sus diversas manifestaciones en el orden de lo tácito y lo expreso.²⁷

Se hace evidente la limitante del modelo psiquiátrico que ha caracterizado los estudios de salud mental, pues dejan de lado un amplio grupo de problemas: los denominados trastornos psicosociales, los cuales no se acomodan al criterio clínico-patológico pero que afectan negativamente la calidad de vida de nuestros conciudadanos.

Considerando la dificultad para construir y socializar definiciones concretas al complejo asunto de la salud mental, más vale hacer una reflexión en torno a algunos conceptos que se han propuesto desde diversos espacios, sin que su mención signifique una aceptación incondicional de ellos, sino más bien una guía conceptual que oriente el debate y la acción permanente:

El Comité de Salud Mental de la OMS, define la salud mental como el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social.²⁷

El Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá. Mental Health for Canadians, 1988, describe la salud mental como la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un medio de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Asimismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

La Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 1994 manifiesta que la salud mental es la capacidad manifiesta del ser humano de identificarse como individuo dentro de una determinada sociedad o cultura, relacionándose objetiva y armoniosamente con el medio en el que participa, creando mayor bienestar para él y los demás y adquiriendo por ello un sentido para su existencia.²⁷

Se evidencia en los conceptos enunciados, que no emerge el término de "enfermedad" o "trastorno", sino que la salud mental se orienta hacia paradigmas de más profunda dimensión humanitaria, en donde hallamos al individuo como ser en el cual se realiza el bienestar, sin desligarlo de un entorno socio ambiental concreto. También vale resaltar el compromiso político indicado en la visión de la salud mental dentro del concepto de justicia social y derecho.²⁷

El concepto de vitalidad

Es la energía y motivación que nos mantiene no sólo vivos, sino en constante motivación, desarrollo y actualización de nuestras propias potencialidades, es ese motor que nos impulsa hacia el proceso continuo de crecer y auto realizarnos. Es necesario diferenciar el hecho de que el estar vivos significa no sólo no estar muertos, implica el ser "vitales", lo cual requiere un crecimiento sistemático y la realización de nuestras propias potencialidades físicas, espirituales, sociales, profesionales y económicas.²⁸

Es la dimensión que va desde extenuación y fatiga hasta vitalidad y energía, el concepto de vitalidad se encuentra muy cerca de la alegría de vivir y ha demostrado tener una alta correlación con el estar quemado (burn-out), calidad de liderazgo, previsibilidad y sentido del trabajo y con el hecho de esconder emociones. También la vitalidad se ha medido con la escala del cuestionario SF36. La alta vitalidad se relaciona principalmente con sentimiento de grupo, calidad de dirección, previsibilidad y sentido del trabajo. Aparte se observa que las personas obligadas a esconder emociones en el trabajo tienen una vitalidad especialmente baja.²⁸

Síntomas conductuales del estrés

Este concepto se ocupa de distintas formas de conducta que se relacionan con el estrés. (Hay que puntualizar que las reacciones de estrés más estereotipadas – *huida y lucha* – se manifiestan en los seres humanos de formas muy variadas y complicadas; para el caso de los síntomas conductuales estas pueden tener

diferentes efectos, pues pueden ir desde los malestares causados por el estrés, tales como: comer o tomar compulsivamente, consumir drogas hasta conductas explosivas, los que tienen efectos en la salud tales como conducta impulsiva, trastornos del sueño y las consecuencias en el trabajo: ausentismo, baja productividad y clima organizacional insano.²⁹

Síntomas somáticos del estrés

Todo el mundo ha experimentado que el estrés tiene consecuencias físicas (somáticas). Por ejemplo: boca seca, tendencia a sudar, «puntos rojos» en el cuello, carne de gallina, dolor de estómago, tensiones musculares, voz vibrante, palpitación del corazón y pulso acelerado. Todos estos síntomas se pueden explicar por las alteraciones fisiológicas que ocurren en el organismo al movilizar energía para «luchar o huir».

En una relación laboral normal estas modificaciones fisiológicas no son adecuadas, ya que no suele haber necesidad de luchar o huir en el sentido literal y por lo tanto, no es necesario enviar más energía a los músculos. Estos mecanismos fisiológicos, mantenidos por espacios de tiempo suficientemente prolongados o de gran intensidad contribuyen a incrementar el riesgo de sufrir enfermedades coronarias, pues aumentan la tensión arterial, reducen el tiempo de coagulación de la sangre e incrementan su contenido en grasas. Dichas modificaciones fisiológicas no se presentan para un trabajo sentado o de pie, pero el estrés las ocasiona.²⁹

Síntomas cognitivos del estrés

Son esta serie de consecuencias para los procesos cognitivos o del pensamiento, con errores que podrían ser muy graves dependiendo de la actividad, que van desde los bloqueos mentales o la incapacidad para concentrarse, hasta decisiones erróneas que pueden costar vidas y propensión a accidentes. Esta sintomatología se ha relacionado con la falta de claridad en el rol y la falta de sentido en el trabajo.²⁹

Las escalas que miden la sintomatología cognitiva, conductual y somática del estrés, corresponden a las escalas del cuestionario (Setterlind Stress Profile Inventory). La escala original incluía cuatro escalas de estrés, pero se decidió excluir la escala de síntomas emocionales de estrés, ya que dicha escala se encuentra relativamente cerca de las escalas de salud mental y vitalidad.³⁰

III. Marco de referencia

Tanto en Europa como en Estados Unidos, se han realizado numerosos estudios que comprueban la asociación entre ciertas características de la organización del trabajo, y el estrés como precursor de ciertos efectos proximales, tales como los trastornos psicosomáticos, emocionales, cognitivos, conductuales o emocionales, hasta los efectos más distales, como la enfermedad cardiovascular.

Un ejemplo de ello son los estudios realizados por la *Red Europea del Corazón*, muestran amplia evidencia del efecto sobre la salud y el bienestar de las personas expuestas a ciertas características de la organización tales como: el bajo control sobre el contenido de las tareas, las altas exigencias psicológicas o el bajo apoyo social de los compañeros y/o jefes. Más recientemente se cuenta con evidencias de que la escasez de recompensas o compensaciones, también puede llegar a causar enfermedad isquémica.³¹

Lo anterior expuesto nos da cuenta de la necesidad de buscar las causas de estos problemas, por lo que más que nunca se vuelve necesario definir la administración de la atención en salud, ya que se está ante una disciplina que requiere manejar aspectos empíricos, humanísticos, técnicos y científicos, pues busca optimizar resultados coordinando y uniendo las partes de un todo (recursos de toda índole), a favor de la salud de los individuos.³¹

Hasta hace poco no era raro pensar que la administración de la atención en salud, solo se refería al pago de salarios, abastecimientos, control de alimentos, contabilidad, previsión de vacaciones, descansos, etc. Estas actividades existen en cualquier institución como industrias, fábricas, universidades; pero en los servicios de salud se agregan actividades relacionadas con problemas clínicos, con el cuidado y la salud del paciente, que son altamente demandantes y de difícil solución, si no se tienen conocimientos específicos.

La administración es un proceso social que lleva consigo la responsabilidad de mejorar el uso de los recursos para obtener un fin, o sea que administrar es dirigir

o guiar a seres humanos a objetivos predeterminados, siendo el administrador de cualquier institución de salud el responsable de la reunión y conjugación adecuada de los recursos humanos, materiales y económicos para lograr una finalidad: *la atención óptima del paciente*.

En otras palabras es obligación del administrador de la atención en salud prestar servicios oportunos al menor costo y de la mejor calidad, considerando al paciente como integrante de una familia y componente de la sociedad. Por lo tanto el propósito de la administración de los servicios de salud es lograr que las actividades y funciones se racionalicen y se cumplan las funciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, curación de padecimientos y rehabilitación de invalideces, así como las de capacitación e investigación y que estas funciones se logren con eficiencia y efectividad.

El proceso administrativo comprende las siguientes etapas: planeación, organización, integración, dirección y control. Por organización del trabajo entendemos: Etapa de la administración donde "...se fijan obligaciones a individuos o grupos de personas y se señalan las relaciones entre todas las actividades y la autoridad con objeto de llegar a una meta específica. Su esencia es la coordinación. La organización no es un fin en sí misma, sino un medio para un propósito".³²

El concepto que constituye el medio interno de una organización y su atmósfera psicológica particular, es el clima organizacional, el cual está íntimamente ligado a la moral y a la satisfacción de las necesidades humanas de sus miembros. "El clima puede ser saludable o malsano, cálido o frío, negativo o positivo, satisfactorio o insatisfactorio, dependiendo de cómo se sienten los participantes con respecto a la organización. La dificultad en la conceptualización del clima organizacional reside en el hecho de que diferentes individuos lo perciben de diferentes maneras. Y es resultado de un complejo de componentes relacionados con aspectos formales e informales de la organización, de los sistemas de control, procedimientos de trabajo, reglas, normas y relaciones interpersonales existentes en la organización."³³

Lo valioso de este concepto es que toma en cuenta la percepción del empleado como participante de una organización; por lo que representa el cúmulo de experiencias, sentimientos y significancias que expresen los trabajadores, de su medio ambiente, sus condiciones laborales y de cómo se encuentra organizado su centro de trabajo.

Pero sin duda, el concepto más completo está dado en la definición de los factores psicosociales: El Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS) de Medicina en el Trabajo, define a los factores psicosociales como: Interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo, y las condiciones en su organización, por una parte y por la otra, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual a través de percepciones y experiencias, influyen en la salud y el rendimiento. Como ejemplos de variables psicosociales se encuentran el poco control sobre el trabajo, la imposibilidad de poder participar en la organización del mismo, la escasa utilización de habilidades, falta de reconocimiento, el pobre apoyo social y la supervisión estricta entre otros.³⁴

La nueva organización del trabajo ejerció presión para que el "Management" se adaptara a este nuevo orden, evolucionando de forma importante.

El "ensamblaje en línea", también denominado "Taylorismo" o producción masiva, a principios del siglo XX, fue un diseño basado en la idea de que el "management", planea el trabajo, mientras los trabajadores lo llevan a cabo, este enfoque ha contribuido a la tensión de los trabajadores relacionado con las enfermedades, el "desgaste", la alienación, y las altas tasas de ausentismo en un mercado laboral ajustado.³⁵

A partir de 1930, se desarrollaron varias "intervenciones" para tratar de reformar este sistema, incluidos los recursos humanos, gestión de personal y los sistemas socio-técnicos (STS).

Despega en los sesentas el Programa Industrial de Democracia en Noruega, se trató de una colaboración entre las federaciones de trabajo, empleadores e investigadores.³⁵

A partir de estos esfuerzos democráticos surgieron cooperativas propiedad de los trabajadores, algunas con empresas muy exitosas económicamente, aunque no evaluaban la salud de los trabajadores y cómo las nuevas formas de organización del trabajo acarrearán nuevas y mayores exigencias, impactando la seguridad y el bienestar de las personas. Sin embargo, tales esfuerzos dieron lugar a incrementos en los niveles de control, en igualdad de condiciones, en mejoras en su organización y en un mayor bienestar tanto físico como mental de los trabajadores.

A partir de los sesentas y setentas, los esfuerzos escandinavos para democratizar el trabajo, demostraron los efectos del estrés y la enfermedad, a consecuencia del trabajo en la cadena de montaje. El conocer cómo afecta la salud de las personas el que la máquina marque el ritmo de trabajo transformando su actividad en un trabajo monótono, repetitivo (alienante), la falta de contacto con compañeros de trabajo, los sistemas de pago a destajo y un control autoritario sobre los trabajadores se ha logrado traducir en: "Una nueva organización del trabajo con un contenido más rico en empleo, aumento de la dignidad en los trabajadores, una mayor solidaridad entre las personas y un aumento de la actividad sindical."³⁵

Los resultados de las experiencias en cuanto a mejorar la organización del trabajo, así como la fuerza política que tomaron los movimientos en Noruega y Suecia, llevaron a instituciones nacionales a intervenir, actos que dieron a los trabajadores una mayor influencia sobre el control relacionado con su medio ambiente, animándolos a redoblar los esfuerzos para humanizar el trabajo. Evaluaciones de miles de programas de vida laboral en Suecia y Noruega presentan pruebas de cómo el control del trabajo, aumenta la salud y satisfacción del empleado, incrementando su competitividad.

Encuestas suecas a nivel nacional mostraron como los trabajadores, al mejorar el contenido de su trabajo no sólo beneficiaban su salud dentro del entorno laboral, mostrándose más “activos”, sino que también esa vitalidad alcanzaba su vida personal, ya que se involucraban más activamente en política presentando un ocio mucho más activo.

Un reciente estudio sueco demostró que la presión arterial sistólica, la frecuencia cardíaca, la adrenalina y la fatiga se incrementaron significativamente desde el comienzo hasta el final de un turno de día en una tradicional línea de montaje de automóviles, pero no a una organización más flexible del trabajo con pequeños grupos autónomos con mayores oportunidades para influir, tanto en el ritmo, como en el contenido de su trabajo. Adicionalmente a ello con posibilidades de relajarse después del trabajo (mostraron una caída en los niveles de adrenalina).³⁶

En los países escandinavos se llevaron a cabo esfuerzos importantes en varios centros laborales, para humanizar el trabajo, los más conocidos fueron en Volvo y Saab.

El caso Volvo en Uddevalla, Suecia

La planta de montaje inaugurada en 1989, fue la culminación de años de experimentación en Volvo, ya que en lugar de una línea de montaje, formaron equipos paralelos completamente integrados, con ciclos de tiempo de entre 1.5-7 horas en contraste con los 60 segundos, de la normatividad en las líneas de montaje típico, con una ergonomía mejorada.³⁷

Sin embargo, en medio de la recesión de 1993, aunado a un período de exceso de capacidad, Volvo cerró la planta de Uddevalla. Las causas del cierre, incluyeron la política organizacional, la cual ha sido discutida. Pese a todo ello quedó de manifiesto que la productividad de la planta fue competitiva ya sea con el sistema tradicional o con el de producción ajustada.³⁷

Al menos una investigación de la NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health), concluye que el rediseño de la organización, enfocado a la prevención primaria, con la integración de las prevenciones secundaria y terciaria, y que incluyen una participación significativa de los empleados, son las más eficaces en el tratamiento de los impactos del estrés de trabajo.³⁸

Tanto la Organización Internacional del trabajo, como la National Institute of Security of Health (NIOSH) y la Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in B.C. (OHSAH)", coinciden en que las estrategias generales de prevención y control, deben partir de la idea de que toda organización que pretenda conseguir y mantener el máximo bienestar mental, físico y social de sus trabajadores necesita disponer de políticas y procedimientos que adopten un enfoque integrado de la salud y la seguridad.

Especialmente deberán disponer de una política de salud mental con procedimientos de gestión del estrés, basados en las necesidades de la organización y de los trabajadores sometidos periódicamente a revisión y evaluación.

Dicha propuesta de prevención incluye tres etapas: centradas en las distintas fases del proceso de desarrollo del estrés.

Prevención primaria: se refiere a las acciones dirigidas a reducir o eliminar los estresores desde sus orígenes (la mala organización del trabajo) y promover positivamente un medio ambiente de trabajo saludable y solidario; basadas en la nueva disciplina del "Management".

Prevención secundaria: consiste en la detección y tratamiento precoces de la depresión y ansiedad a través de la concientización de los trabajadores y la promoción de estrategias para el control del estrés.

Prevención terciaria: implica la rehabilitación y recuperación de las personas que han sufrido o sufren problemas graves de salud producidos por estrés.³⁸

Los estudios indicaron que los ingredientes clave del éxito son:

- El empoderamiento de los trabajadores
- La autonomía y delegación del control
- Las buenas relaciones entre los directivos y empleados, sólo así se aminorará el estrés, se reducirán las injusticias y se alentará la formación de comités para tales fines.

La NIOSH (National Institute of Security of Health), afirma que "Las intervenciones tienden a ser más prometedoras si implican un enfoque participativo, basado en el análisis racional de los problemas acuciantes, a partir del cual se deducen las medidas necesarias de manera sistemática y se promueve el apoyo social por parte de los altos directivos."

A su vez se destacan los trabajos realizados por once instituciones de salud entre las más reconocidas la "*Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in B.C. (OHSAH)*", los cuales evaluaron a 36 hospitales seleccionados por las autoridades de salud de la provincia "*British Columbia*" en donde participaron funcionarios con poder de decisión (trabajadores de la salud, administradores y uniones representativas).³⁸

Concluyendo que en la provincia denominada British Columbia no existía información acerca de las condiciones de trabajo que influían en la salud mental de los trabajadores, como tampoco existía un programa para mejorar el ambiente de trabajo de los proveedores de la salud, tanto a nivel de los hospitales, como a nivel corporativo; para cubrir esta brecha, diseñaron la estrategia (cambiando el espacio de trabajo colaborativo), dicha estrategia fue diseñada para implementar y evaluar dentro de los hospitales y a nivel corporativo las intervenciones dirigidas a

mejorar la salud mental de los trabajadores de las instituciones de salud participantes.

Dentro de este mismo estudio, con la participación del “*Bipartite Provincial Steering Committee*”, evaluaron cómo un clima organizacional malsano afecta la salud de los trabajadores, concluyendo que los hospitales representan un lugar de trabajo en el cual se han reportado un incremento de serios padecimientos de salud mental.³⁹

Lo relevante en este estudio fueron los logros en cuanto a la coordinación interdisciplinaria y los consensos logrados internamente por la metodología participativa y a nivel internacional con varias asociaciones dedicadas a la salud, además del establecimiento de un “Proyecto para cambiar el lugar de trabajo en los hospitales, las principales exigencias negativas fueron”:

- ❖ Altas cargas de trabajo medidas por altos estándares y esfuerzo
- ❖ Pobre ambiente físico
- ❖ Pobre comunicación organizacional
- ❖ Falta de trato con el personal que toma decisiones
- ❖ Influencia negativa del trabajo hacía la vida familiar

Las cuatro quejas más frecuentes del personal que atiende al paciente fueron:

- ❖ Personal insuficiente
- ❖ Pacientes altamente exigentes
- ❖ Exceso de pacientes o volumen de tareas
- ❖ Falta de espacio, arreglos pobres del entorno físico

En general el personal que tiene trato directo con el paciente expresó tener preferencia por los liderazgos con los que puedan tener contacto personal, que se encuentren más disponibles y que les ofrezcan mayor respuesta y apoyo. Sus resultados indicaron que las recompensas tales como oportunidades de promoción y reconocimiento fueron percibidas como suficientes. Por lo tanto, el apoyo y el

desarrollo de habilidades sirvieron potencialmente como herramientas para mejorar el entorno de trabajo.³⁹

Existe inclusive cada vez más difundido el concepto del management tóxico, especialmente en Europa, el cuál afirma causar costos humanos y económicos que significan la devastación organizativa del entorno laboral, concepto que promueve que el dirigir se aprende.⁴⁰

El management o la habilidad para dirigir personas no es algo con lo que se nace, sino una destreza laboral que ha de estudiarse, aprenderse, y entrenarse de forma específica. El ser nombrado jefe o directivo de un grupo de trabajadores no produce de manera milagrosa la repentina capacitación de éste como conductor de personas. Muchas de las actitudes psicosocialmente tóxicas de algunos mandos proceden de personas ya dañadas anteriormente por los mismos problemas que terminan proyectando sobre otros trabajadores.

Es así como podemos hablar del management tóxico como una causa y al mismo tiempo un resultado de una organización psicosocialmente tóxica. El cuadro empeora cuando además en la organización se asume de manera global y errónea que éste es el mejor modo de hacer frente a la creciente competitividad.

El management tóxico debe ser prevenido y tratado por la organización como una amenaza real para la salud física y mental de los empleados. La organización debe mantener siempre el estandarte de garante, en la medida en que la posición de dominio de quien dirige de manera tóxica se apoya en una línea jerárquica de mando.⁴⁰

Los estudios realizados en Latinoamérica, que han considerado las características de la organización como estresores laborales, siguen siendo escasos y aun más escasos en nuestro país, a pesar de que los trabajos realizados en Estados Unidos, que presentaron evidencias, de que en el año 2000 casi una tercera parte de la fuerza laboral declaró sufrir estrés laboral. A su vez estudios realizados en Cuba, coinciden en que entre el 30 y 40% de los trabajadores enfrenta esta

situación, dependiendo del sector profesional del que se trate, además la mitad de ellos consideró necesitar apoyo profesional para lidiar con sus consecuencias, sobresaliendo el hecho de que en algunos grupos se duplicaron las prevalencias encontradas.⁴¹

Jorge Román Hernández, doctor en psicología del INSAT (Instituto Nacional de Salud de los trabajadores, Cuba), afirma que...“se trata de un terreno casi virgen para los especialistas interesados en esclarecer si los problemas de salud que padece la población mundial están ocasionados también en alguna medida por las condiciones laborales”. Sin embargo se ha dado un paso en ese sentido, y es la creación de la Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales, del Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo, en Cuba.⁴¹

Otro avance en América Latina se trata del recién llevado a cabo Segundo Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales (Estrés y salud mental en el trabajo), realizado en Chile, en donde se presentaron varios estudios relacionados, aunque ninguno que ahonde específicamente en la identificación y evaluación de las características de la organización del trabajo, que pueden estar dañando la salud de los trabajadores.

El estudio como el de Parra (de origen chileno, psiquiatra especialista en medicina ocupacional), quien entra sin temor al debate de los padecimientos mentales en el trabajo, pues afirma que...“el estrés se ha visto desde una perspectiva pragmática de la interacción entre el medio ambiente y el individuo, sobrepasando el límite de ser un estímulo de supervivencia a llegar a ser un riesgo para la salud, y por lo tanto una enfermedad.”⁴²

Parra ha realizado varios estudios enfocados a descifrar cómo diferentes estresores psicosociales están afectando la salud de las personas, entre ellos ha estudiado, la depresión, la violencia en el trabajo y el acoso sexual, pero también ha estudiado cómo estos problemas afectan al trabajo, causando ausentismo y disminución en el rendimiento de la persona.

La importante exposición a las exigencias psicosociales en el trabajo, tales como: desigualdades entre clases sociales, género, edad y profesión, que guardan estrecha relación con las prácticas de gestión. Derivadas de la rica experiencia llevada a cabo, surgieron propuestas dirigidas a prevenir y controlar la nocividad de las condiciones de trabajo y las prácticas de gestión, a efecto de contar con las bases para realizar los cambios de una organización del trabajo más saludable, justa y democrática.⁴²

En otra investigación del trabajo hospitalario llevada a cabo en residentes del último año de la escuela de medicina en Quito, Jaime Breilh, demostró que: En un contexto de deterioro de las políticas sociales del Estado, de empobrecimiento de los hospitales y de sus recursos; el trabajo se torna altamente estresante y destructivo para la salud del personal que enfrenta condiciones nocivas, que tienen que ver con la estructura organizacional y de poder altamente jerarquizada y de falta de solidaridad con los trabajadores.⁴³

Sus trabajos pudieron corroborar por un lado la alta prevalencia e incidencia de sufrimiento mental en los residentes y por el otro demostró el condicionamiento social de la patogenicidad del estrés laboral y alerta sobre la urgente necesidad de introducir medidas de regulación y prevención en la salud laboral.

Breilh describe a los hospitales como un lugar donde se reúnen un... "vasto y diverso conjunto de áreas y puestos de trabajo a fin de realizar diferentes tareas para la producción de actos terapéuticos y preventivos del más variado orden; y a la relación personal-paciente como una forma compleja y muy particular de vínculo laboral y humano que acarrea una alta probabilidad de estresamiento latente, lo cual se agrava por las quejas de los pacientes inconformes por las deficiencias del personal sobrecargado y una infraestructura deficiente que produce conductas tensas y agresivas, generadoras de estrés".⁴³

IV. Metodología

a) Definición del universo

El presente trabajo pretendió abarcar al total de la población clínica del hospital, tal como se describe a continuación (total de la población diana 115 personas), logrando entregar 114 cuestionarios, obteniendo 111 respuestas (111 cuestionarios contestados en total). Se plantea su desarrollo en tres etapas: Primera etapa: se evaluaron las exigencias psicosociales de la siguiente población:

Grupo1. Paidosiquiatras adscritos:

Médico especialista "A"	13
Médico especialista "B"	5
Médico especialista "C"	2
Paidosiquiatras de confianza	10
TOTAL	30

Grupo 2. Psicólogos adscritos:

Psicólogos clínicos	14
Psicólogos especializados	32
TOTAL	46

Grupo 3. Residentes de paidosiquiatría:

Residentes paidosiquiatría 1°	18
Residentes paidosiquiatría 2°	15

Residentes que rotan del

Hospital "Fray Bernardino Alvarez"	6
TOTAL	39

Población Diana	115
No contestaron	4
Respuestas	111

Segunda etapa: Se formarán los grupos denominados homogéneos para llevar a cabo la evaluación de las exigencias psicosociales de todo el personal del hospital.

Tercera etapa: Se implementarán los cambios organizativos determinados en la evaluación de las exigencias psicosociales.

b) Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: Ser personal adscrito al hospital o residente de primero o segundo año. Estar dedicado a la actividad clínica (consulta externa u hospitalización). Estar expuesto a las mismas formas de organización del trabajo y por lo tanto a condiciones de trabajo similares.

Exclusión: Encontrarse de incapacidad, comisión oficial o sindical, vacaciones, estar desempeñando actividades diferentes a las clínicas en el momento de la aplicación de la encuesta, no ser personal adscrito al hospital.

c) El instrumento: Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (CoPsoQ) ⁴⁴

El método ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud en España), fue el adecuado para llevar a cabo este trabajo, ya que permitió evaluar las exigencias psicosociales que causan una mala calidad de gestión, pues:

1. Identifica y mide los factores de riesgo, es decir, aquellas características de la organización del trabajo acerca de las que existe evidencia suficiente, a través de la experiencia de otros países, de su efecto nocivo sobre la salud y el bienestar de las personas.
2. La metodología original fue adaptada y validada en España, presentando buenos niveles de validez y fiabilidad, ya que las α de Cronbach (0,66 a 0,92) y los

índices de Kappa (0,69 a 0,77) son altos, lo cual permite afirmar que mide lo que debe medir.

3. Se trata de un método diseñado para cualquier tipo de trabajo en el mundo laboral occidental, orientado a la prevención y estructurado en base a cuatro ejes de análisis.

En cuanto a las dimensiones de salud y estrés, éstas se miden mediante las escalas de salud general, salud mental y vitalidad procedentes del SF36 y las de sintomatología cognitiva, conductual y somática de estrés, tres de las cuatro escalas del cuestionario *Stress Profile*, de Sven Setterlind, usadas profusamente en Suecia y Dinamarca.

Se consideraron un máximo de cuatro reactivos para cada una de las escalas, analizándose las correlaciones entre cada reactivo, de todas las escalas, la variabilidad de cada reactivo que explica la escala, la modificación de los alfa de Cronbach si el reactivo fuera eliminado y las medidas de centralidad y dispersión para comprobar su poder de discriminación.

El instrumento CoPsoQ idéntica y mide las siguientes variables:

- a) Datos socio-demográficos y exigencias del trabajo doméstico y familiar.
- b) Condiciones de empleo y de trabajo.
- c) Dimensiones de salud.
- d) Exigencias psicosociales.

Las variables sociodemográficas permiten la caracterización de las condiciones sociales, incluyendo las exigencias del trabajo doméstico y familiar, y de las condiciones de empleo y de trabajo (ocupación, contratación, horario, jornada, puesto de trabajo). Algunas preguntas se adaptaron a la realidad del hospital, suprimiendo el salario, por considerar innecesario medirlo. Las otras dos secciones, daños y efectos en la salud y dimensiones psicosociales, son

preguntas universales para todo tipo de ocupaciones y actividades, y ninguna de ellas se modificó o suprimió.

Estructura del instrumento Encuesta individual CoPsoQ⁴⁴

Tabla 2 Validez de constructo y confiabilidad de la reducción de escalas

Dimensiones de salud	Número de reactivos	α Cronbach	Kappa
Insatisfacción laboral	4 reactivos	.77	.76
Salud general	4 reactivos	.76	
Salud mental	4 reactivos	.78	
Vitalidad	4 reactivos	.77	
Síntomas conductuales del estrés	4 reactivos	.76	.64
Síntomas somáticos del estrés	4 reactivos	.63	.64
Síntomas cognitivos del estrés	4 reactivos	.86	
Trabajo doméstico y familiar	4 reactivos	.76	

Fuente: Manual del método ISTAS

Tabla 3 Los cuatro ejes de análisis del ISTAS21 CoPsoQ

Grupo dimensiones	Dimensiones psicosociales	Número de reactivos	α Cronbach	Kappa
1.- Primer eje de análisis Exigencias psicológicas	Exigencias cuantitativas	4	.74	.75
	Exigencias cognitivas	4	.83	.75
	Exigencias emocionales	3	.82	
	Exigencias esc. emociones	2	.66	
	Exigencias sensoriales	4	.84	
	Subtotal exig. psicológicas	17		
2º. Eje de análisis Trabajo activo y desarrollo de habilidades.	Influencia en el trabajo	4	.73	.69
	Posibilidades de desarrollo	4	.83	.75
	Control s/tiempos de trabajo	4	.74	
	Sentido del trabajo	3	.80	
	Integración en el hospital	4	.85	
	Subtotal Trabajo activo y	19		

	Desarrollo de habilidades			
3er. Eje de análisis Apoyo social y calidad de liderazgo en el hospital	Previsibilidad	2	.65	
	Claridad de rol	4	.75	
	Conflicto de rol	4	.77	
	Calidad de liderazgo	4	.87	.89
	Refuerzo	2	.47	
	Apoyo social	4	.81	
	Posibilidades relación social	2	.44	
	Sentimiento de grupo	3	.84	
	Subtotal posib de relación social y sentim. de grupo	25		
4º. Eje de análisis Compensaciones	Inseguridad	4	.80	.77
	Estima	4	.75	.87
	Subtotal compensaciones	8		
	Gran total de reactivos	69		

Fuente: Manual del método ISTAS

d) Definición operacional de las variables independientes

1. Exigencias psicológicas cuantitativas

a) Trabajo altamente exigente: Si la cantidad de trabajo es excesivo, y el tiempo para realizarlo no es suficiente, entonces la persona se exige trabajar rápido y se siente imposibilitada para mantener su trabajo al día, por lo que se espera que el trabajador presente distrés y éste sea precursor de enfermedad, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de factores individuales.

b) Trabajo de escasa exigencia: Si la persona se encuentra ante una organización del trabajo con una escasa exigencia o (sub-estimulación de sus capacidades), entonces la persona presentará pasividad e improductividad.

2. Exigencias psicológicas cognitivas

Si el trabajo requiere altas demandas en cuanto a manejar muchos conocimientos, memorizar o controlar muchas cosas a la vez, la persona entonces siente amenazadas sus capacidades y siente una carga altamente exigente, por lo que se espera que la persona empiece a presentar distrés, fatiga y/o enfermedades crónicas, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

3. Exigencias psicológicas emocionales

Si el trabajo presenta un desequilibrio complicado en cuanto a no involucrarse sentimentalmente con sus pacientes y evitar dejar su vida privada al margen, entonces la persona se expone a exigencias emocionales excesivas, por lo que se espera que la persona presente ansiedad, depresión, fatiga síquica, burn-out o hasta expulsión del mercado de trabajo, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

4. Exigencias psicológicas por esconder emociones

Si el trabajo requiere esconder reacciones y opiniones negativas ante los pacientes, la persona siente un pobre apoyo de compañeros y superiores o trato injusto, entonces se espera que al cabo de un tiempo el trabajador presente distrés, fatiga y/o mala salud, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

5. Exigencias psicológicas sensoriales

Si el trabajo requiere un alto grado de concentración, o precisión, mirar con detalle y atención constante, entonces la persona sentirá una alta exigencia mental, por lo que se espera que presente trastornos psicósomáticos, músculo-esqueléticos y baja vitalidad, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

6. Falta de influencia

Si la persona no cuenta con autonomía o tiene poca influencia en cuanto a las decisiones que afectan la calidad y el orden para realizarlo, entonces la persona se expone a poca o nula participación efectiva en la toma de decisiones de las tareas que debe realizar, por lo que se espera que la persona presente enfermedades cardiovasculares, trastornos psicósomáticos, y/o trastornos músculo-esqueléticos, dependiendo de de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

7. Posibilidad de desarrollo en el trabajo

Si el trabajo no es fuente de desarrollo de habilidades y conocimientos, entonces la persona se expone a un trabajo monótono, sin algún aprendizaje, por lo que se espera que el trabajador empiece a presentar más ausencias por enfermedad, más problemas de salud y mayor posibilidad de expulsión del mercado de trabajo, dependiendo de de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

8. Pobre control sobre los tiempos de trabajo

Si el trabajo supone un pobre control sobre los tiempos de realizarlo y sobre la posibilidad de decidir sobre las pausas, vacaciones, fiestas, entonces el trabajador está expuesto a un bajo nivel de libertad de decisión sobre sus tiempos de descanso, por lo que se espera en general insatisfacción laboral, falta de vitalidad, síntomas conductuales de estrés y mala salud general.

9. Falta de sentido en el trabajo

Cuando el trabajo no le ofrece a la persona la oportunidad de adherirse al contenido de trabajo o a su profesión y experimentar el resultado de su esfuerzo cotidiano, entonces la persona se expone a la falta de sentido, por lo que se espera que la persona empiece a presentar distrés, fatiga, mal estado de salud general, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

10. Falta de integración al hospital

Cuando el trabajo no permite la identificación de la persona, “el sentirse parte de”, entonces el trabajador está expuesto a no ser reconocido por la labor que realiza ni por su contribución al logro de los objetivos del hospital, por lo que se espera que la persona empiece a presentar distrés y fatiga, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

11. Falta de previsibilidad

Si en el trabajo no se le proporciona a la persona la información suficiente, adecuada y a tiempo para adaptarse a los cambios que afectan su vida, (reestructuraciones, nuevas tecnologías o nuevas tareas), entonces el trabajador está expuesto a una comunicación deficiente, por lo que se espera que el trabajador empiece a presentar los peores indicadores de salud general y vitalidad, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

12. Falta de claridad en el rol

Si la definición del puesto de trabajo es deficiente, entonces el trabajador está expuesto a una falta de claridad en el desempeño de su trabajo, por lo que se espera que la persona empiece a presentar mala salud mental, fatiga y síntomas cognitivos de estrés, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

13. Conflicto del rol

Cuando el puesto de trabajo exige conflictuarse con los valores éticos personales, entonces la persona se expone a exigencias contradictorias, por lo que se espera que empiece a presentar síntomas conductuales de distrés (irritabilidad, falta de iniciativa), dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

14. Mala calidad de liderazgo

Cuando los mandos superiores no adquieren la habilidad de desempeñar una gestión en forma justa, responsable, democrática, eficaz y saludable entonces exponen a sus subalternos a una pobre calidad de liderazgo, por lo que se espera que el trabajador empiece a presentar mala salud general, falta de vitalidad y distrés, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

15. Falta de apoyo social por parte de jefes y refuerzo

Si los superiores muestran una falta de apoyo (no ofrecen en forma detallada cómo hacer el trabajo, para modificar fallas, facilitando el aprendizaje y el desarrollo de habilidades), entonces el trabajador se expone a una falta del refuerzo que tiene que ver con los mandos que deben proporcionar directrices explícitas y claras en el hospital, por lo que se espera que la persona empiece a presentar distrés y mala salud, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

16. Falta de apoyo social de compañeros

Si la persona durante el desempeño de sus labores no recibe el apoyo social que necesita, en el momento adecuado por parte de sus compañeros, existiendo falta de condiciones ambientales y organizativas que fomenten la cooperación y ayuda mutua, propiciando un clima de competencia, se espera que la persona empiece a presentar distrés, aumento de enfermedades y mayor mortalidad, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y ante la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

17. Sentimiento de grupo

Si en el ambiente de trabajo se percibe el desánimo, y éste se torna desagradable, lleno de conflictos y acoso, porque las personas no se sienten parte del equipo o parte del grupo de trabajo (mala calidad de relaciones), se espera que la persona expuesta a estas exigencias empiece a presentar distrés, fatiga y mala salud,

dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y de la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

18. Inseguridad en el trabajo

Cuando en el trabajo existe inseguridad contractual, movilidad funcional o geográfica, cambios de jornada, horarios, salarios, formas de pago, entonces la persona está expuesta a una organización nociva, que no le proporciona oportunidades para poder tener control sobre su vida (inestabilidad en el empleo y control sobre los cambios en las condiciones de trabajo), entonces la persona puede presentar ansiedad y/o depresión), dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y de la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

19. Falta de estima

Si los superiores no otorgan un reconocimiento por el esfuerzo realizado, ni un trato justo, junto con las perspectivas de promoción, de salario, condiciones y exigencias por el trabajo bien realizado, entonces el trabajador está expuesto a una falta de recompensa por su esfuerzo, por lo que se espera que la persona incremente su consumo de medicinas, por mala salud, distrés, burn-out, ausencias, dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración y de la presencia o ausencia de ciertos factores individuales.

20. Trabajo doméstico y familiar

Especialmente en mujeres, al ocupar puestos con menor contenido, menor influencia, peor pagados y con peores perspectivas, aunado a ello las mujeres se responsabilizan y realizan la mayor parte del trabajo familiar y doméstico, por lo que efectúan un mayor esfuerzo del trabajo total en comparación con los hombres, entonces la mujer se expone a ambas exigencias la productiva y la doméstica, las cuales son asumidas cotidianamente de manera sincrónica (ambas exigencias coexisten en forma simultánea), por lo que se espera que las mujeres presenten mayores niveles de estrés, ansiedad, y mala salud general.

Para explicar la salud de las mujeres trabajadoras es fundamental comprender esta carga de trabajo, ya que unas y otras interactúan e influyen sobre su salud.

Relación entre las variables

Variables independientes: Son el origen, las formas nocivas de la organización del trabajo y la exposición a los factores psicosociales de riesgo, tales como: trabajo altamente exigente o de escasa exigencia. Esconder reacciones u opiniones negativas. Alto grado de concentración, aunado a una falta de control sobre el trabajo, a un pobre apoyo social, tanto de jefes como de compañeros y a una mala calidad de liderazgo.

Variables dependientes: Estrés o precursor del efecto y la enfermedad o trastorno que el estrés pueda producir, Efectos del estrés en la salud emocionales (trastornos del sueño, gástricos), cognitivos (consumo excesivo de tabaco o alcohol, excitabilidad), conductuales (conducta impulsiva, perdida o aumento excesivo de ingestión de alimentos). Efectos del estrés en el trabajo (baja productividad, clima organizacional negativo, insatisfacción laboral).

e) Recolección de la información

Como ya he mencionado no fue posible que toda la población contestara el cuestionario en su lugar de trabajo y durante su horario, debido a que el cuestionario, toma entre media hora y cuarenta y cinco minutos resolverlo y varios esgrimieron que ya tenían su tiempo de trabajo saturado de consulta, calculo que aproximadamente el 30% estuvo dentro de este caso.

A pesar de que la encuesta contenía un instructivo, a cada participante se le entregó su hoja de consentimiento informado, explicándoles el tiempo estimado de llenado. Se ofreció a cada encuestado una explicación general de los objetivos del estudio, desmitificando que el origen de los riesgos psicosociales no es la personalidad sino la organización del trabajo y que, aunque el cuestionario se llenó de forma individual, se evaluó la organización del trabajo y no a las personas.

A cada participante se explicó que la exposición a las exigencias psicosociales pueden influir de forma negativa, tanto en la salud física como mental de las personas expuestas. Dejando en claro que se espera que los resultados sean tomados como oportunidades para lograr un trabajo más saludable, justo y democrático.

Se contó con una urna (caja de cartón forrada con papel), en la que se mezclaron los cuestionarios de distintos servicios, a efecto de que al recolectarlo no se pudiera identificar quién era la persona encuestada, recolecté personalmente todos los cuestionarios, teniendo siempre a la mano la urna para que ahí se depositaran.

El objetivo ideal de respuesta se fijó en el 100%, independientemente de cualquier condición social (sexo, edad o nivel de estudios), de empleo (tipo de contrato) y de trabajo (jornada, turno).

f) Pilotaje del instrumento

Se llevó a cabo en la semana del 23 al 27 de marzo del 2009, se aplicaron 4 encuestas a personal que no se encontraba dentro de la población a estudiar en la primera etapa.

g) Procesamiento y presentación de la información

Los cuestionarios fueron capturados mediante el programa Excel, para posteriormente exportar la base de datos al software específico del método ISTAS, el cuál mostró su gran capacidad para facilitar la tarea descriptiva, ya que produce: Frecuencias simples y relativas de las 115 preguntas. Gráfico de la proporción de trabajadores/as en cada nivel de exposición. Distribución de las dimensiones de salud estudiadas de la población estudiada.

Las recomendaciones priorizan los problemas y las intervenciones necesarias, en base a la accesibilidad principalmente (acción inmediata) y de (acción que se podrá desarrollar con posterioridad a las inmediatas).

Informe final de la evaluación de riesgos psicosociales.

En base a las frecuencias determinadas por medio del método ISTAS, se llevó a cabo el análisis estadístico en el programa JMP, de cada una de las exigencias con cada una de las dimensiones: salud mental, vitalidad, sintomatología del estrés e insatisfacción laboral.

Este informe deberá considerarse como un documento dinámico, pudiendo «reabrirse» cada vez que se considere oportuno, sobre todo por lo que respecta a las propuestas de medidas intervención.

h) Diseño

El diseño de la presente investigación es transversal, descriptivo y asociativo, de corte epidemiológico. Dado que la mayoría de las variables dependientes son cualitativas, al asociarlas con las variables cuantitativas (edad, antigüedad o días de incapacidad), se formaron tres grupos para poderlas trabajar de la misma forma que las variables cualitativas y procesarlas en base al mismo método que cuantifica la fuerza de la asociación. Dichos grupos denominados homogéneos, por exponerse a formas de organización similares fueron:

- El grupo de los médicos adscritos a la consulta.
- Residentes de primero y segundo grado.
- Psicólogos adscritos a la consulta externa, englobando a los servicios de psicoterapia, psicodiagnóstico y psicoeducativo.

i) Análisis estadístico

Para determinar si las asociaciones entre los factores de riesgo y las dimensiones de salud no se deben al azar, se realizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- ❖ Ji cuadrada, para indicar la probabilidad de (no) independencia entre dos variables cualitativas.
- ❖ Prueba exacta de Fisher: Se usó cuando el número de observaciones en alguna de las casillas de la tabla de contingencia fue menor a 5.
- ❖ Mantel y Haenszel: Para demostrar la asociación entre dos o más variables cualitativas.

j) Puntos de corte establecidos por el método ISTAS

Siendo un instrumento de validez contrastada, se contó con reactivos que aportan resultados positivos y reactivos que denotan resultados negativos, en el caso de los negativos, a efecto de llevar a cabo el análisis estadístico y epidemiológico, de la siguiente forma: Para el análisis de las exigencias la escala fue la siguiente: 4 Siempre, 3 Muchas veces, 2 Algunas veces, 1 Sólo alguna vez, 0 Nunca. Debido a que dichas exigencias, se consideraron potencialmente nocivas, los reactivos: 4 Siempre, 3 Muchas veces, formaron el grupo de los expuestos y 2 Algunas veces 1 Sólo alguna vez y 0 Nunca, se consideraron no expuestos.

Para las variables dependientes o trastornos que el estrés pueda producir la agrupación de reactivos fue: 4 Siempre, 3 Muchas veces, 2 Algunas veces, 1 Sólo alguna vez y 0 Nunca. De donde los puntos de corte se establecieron de acuerdo al método de la siguiente forma: 4 Siempre, 3 Muchas veces y 2 Algunas veces formaron el grupo de los casos y 1 Sólo alguna vez y 0 Nunca, fueron los no casos.

Para expresar su malestar mental y falta de vitalidad la escala de valores fue la siguiente: 0 siempre, 1 casi siempre, 2 muchas veces, 3 algunas veces, 4 sólo alguna vez, 5 nunca. Por lo que las respuestas: 0 siempre, 1 casi siempre y 2 muchas veces formaron los casos y 3 algunas veces, 4 sólo alguna vez y 5 nunca,

fueron los no casos. Y los puntos de corte para expresar malestar mental se establecieron de la siguiente forma: 0 siempre, 1 casi siempre, 2 muchas veces, fueron los casos y 3 algunas veces, 4 sólo alguna vez y 5 nunca, los no casos.

k) Ética

El presente estudio, se definió como una investigación sin riesgo, en el cual se aplicó una encuesta relacionada con la percepción que tienen los empleados acerca de su salud y de la organización del trabajo que desempeñan en el hospital. Ya que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, que versa sobre los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos. Artículo 17, el cual considera como riesgo de la intervención a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.⁴⁵

Definición del inciso 1, (Investigación sin riesgo): Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.⁴⁵

El trabajo de campo se realizó observando los reglamentos vigentes del hospital y los principios de confidencialidad de la información obtenida, de acuerdo a las actividades siguientes:

Se aclaró a los participantes que el objetivo de este trabajo era el de evaluar los factores psicosociales (es decir condiciones de trabajo que pudieran ser nocivas para la salud) y no de evaluar a las personas a pesar de que el cuestionario fuera individual. El cuestionario no tuvo códigos de identificación de la persona que respondió, únicamente se folió con el fin de facilitar su captura.

l) Vulnerabilidad, factibilidad y trascendencia

Existe un estudio previo dedicado al personal femenino de enfermería, titulado: "Trastornos asociados a las exigencias derivadas del proceso laboral que llevan a cabo las enfermeras en el hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro", tesis publicada en febrero de 2009, llevado a cabo por la L.E.O. Gloria Estela Ahumada Quezada.

El presente estudio en una segunda etapa pretende evaluar la salud de todo el personal del hospital y en una tercera etapa derivado del plan de acción generado en las primeras dos etapas, llevar a cabo la implementación de los cambios organizativos. Al parecer estos primeros pasos no han sido en vano, en cuanto a concientizar a los actores sociales, pues en el mes de junio del 2009 se difundió en el Hospital por parte de la dirección, la apertura de la línea de investigación denominada (Salud en el trabajo).

El presente proyecto quedó autorizado y registrado en la Comisión de Investigación del hospital con clave OT3/01/0309. Según la Ley General de Salud es una investigación sin riesgo, por lo que sólo queda pendiente el logro final, que es el de implementar los cambios organizativos, derivados de las conclusiones del presente estudio, el cual dependerá de la voluntad política de los actores sociales.

m) Futuras investigaciones

El presente trabajo pretende un avance en la evaluación de riesgos y exigencias, la detección de las áreas de mejora, el desarrollo de las propuestas para su control y la determinación de las asociaciones del personal clínico: a) Detectando las áreas de mejora. b) Se desarrollaron las medidas necesarias para su eliminación y control. c) Se determinaron las asociaciones entre las exigencias y los daños a la salud.

Se sugiere continuar esta línea de investigación abarcando lo siguiente:

2ª etapa a llevarse a cabo: a) Evaluar los riesgos y exigencias de todo el personal del hospital. b). Desarrollando las medidas necesarias para su eliminación y control. c) Introducir los cambios favorables para la salud, considerándola un objetivo en la vida diaria d). Determinar las asociaciones entre las exigencias de todo el personal del hospital y sus daños a la salud.

3ª etapa a llevarse a cabo: a) Elaborar un plan de acción, en términos de prioridad, oportunidad, factibilidad, costo y aceptabilidad, jerarquizando las exposiciones, incluyendo a todos los empleados del hospital b) Lograr los consensos con los actores sociales a efecto de formar una Comisión de Salud y Seguridad en el trabajo, que se encargue de llevar el seguimiento y la implementación de los cambios organizativos.

Lo que se propone lograr con la evaluación de riesgos es promover un primer cambio en el hospital, aunque insuficiente, que permita evaluar las exposiciones nocivas, visualizando las desigualdades, al centrar la identificación de los orígenes de dichas exposiciones en las condiciones de trabajo y no en las características de los individuos, al transformar las orientaciones individuales en colectivas.

Se pretende humanizar la organización del trabajo y a su vez, sembrar un precedente de concientización sobre los problemas organizativos que se detecten en el hospital por medio de informar de éstos a los actores sociales (autoridades, trabajadores, sindicato). Entre la organización del trabajo y la salud no parece existir una relación tan evidente como la que prevalece entre el ruido y la salud. Los efectos de la organización del trabajo son más intangibles e inespecíficos y se manifiestan a través de procesos psicológicos, a los que conocemos como "estrés" e influyen en diversos aspectos de la salud, tanto física como mental y social.

V. Resultados

Participaron 111 médicos y psicólogos adscritos, además de los médicos residentes de primero y segundo año. Se incluyó a todo el personal clínico que deseó participar, buscando la inclusión de la totalidad de este personal, dedicado a la atención de niños y adolescentes con padecimientos mentales (realización de tareas diagnósticas y de tratamiento para su recuperación).

El hospital Juan N. Navarro, por tratarse de un Hospital escuela prepara médicos psiquiatras en la subespecialidad de padosiquiatría, durante un internado de dos años, en promedio cada año egresan entre 30 y 40 padosiquiatras.

Se obtuvo una respuesta del 97%, a partir de 115 cuestionarios entregados (población diana), y de 111 contestados.

a) Características sociodemográficas del personal clínico

Las edades del personal clínico oscilaron entre los rangos mínimo de 26 a 35 años y máximo de 56 a 65 años, con una media de cuarenta años y una desviación estándar de 6.5 años.

Tabla 4 Características sociodemográficas del personal clínico.2009

Composición de la población según su sexo	N	%
Hombres	38	34
Mujeres	71	64
No contesta	2	2
Total	111	100
Composición de la población según su edad		
Entre 26 y 35 años	45	41
Entre 36 y 45 años	31	28
Entre 46 y 55 años	27	24
Entre 56 y 65 años o más	7	6
No contesta	1	1
Total	111	100

Fuente: Análisis de frecuencias del Método ISTAS

Nota: El 100% de los médicos residentes, tienen entre 26 y 35 años.

Casi la mitad de la población estudiada tiene más de 10 años. Y el 61% del total tiene una antigüedad mayor a 5 años (tabla 5).

Tabla 5. Antigüedad del personal clínico 2009

Antigüedad	Frecuencias absolutas	Frecuencias relativas
Más 6 meses y hasta 4 años 11 meses	43	38.7
Más de 5 y hasta 10 años	15	13.5
Más de 10 años	53	47.8

Fuente: Análisis de frecuencias Método ISTAS

b) Conformación de los grupos homogéneos

Se formaron tres grupos considerados como homogéneos, de acuerdo a la similitud de las tareas que desempeñan. El grupo de psicólogos se integró por los adscritos a los siguientes servicios: psicodiagnóstico, psicoeducativo y psicoterapia. El grupo de los médicos abarcó dos áreas sustanciales, las áreas de la consulta externa y de hospitalización, este grupo estuvo compuesto por psiquiatras, paidopsiquiatras, 4 pediatras, 4 neurólogos y 1 fisiatra, siendo su función primordial el de diagnóstico y tratamiento, en cuanto a este último punto cabe aclarar que varios médicos de la consulta destacaron el hecho que ellos incluyen en su tratamiento métodos psicoterapéuticos (lo cual debe considerarse, ya que el tiempo dedicado a cada consulta variará según sea el caso).

Por último el tercer grupo estuvo integrado por los médicos residentes tanto de primero como de segundo año.

Tabla 6 Conformación de "Grupos homogéneos" y peso relativo por servicio 2009

Peso relativo por grupo y por servicio del personal clínico	1 Conformación de los grupos de trabajo		2 Peso relativo por servicio	
	N	%	N	%
Grupo de médicos	30	27		
➤ Consulta externa			23	77
➤ Hospitalización			7	23
Total de médicos			30	100
Grupo de psicólogos	46	41		
➤ Psicoterapia y psicoeducativo			32	70
➤ Psicodiagnóstico			14	30
Total de psicólogos			46	100
Grupo de los residentes	35	32		
➤ De primer año			23	66
➤ De segundo año			12	34
Total de residentes			35	100
Total del personal clínico	111	100		

Fuente: Análisis de frecuencias Método ISTAS 2009.

En la columna 1 se aprecia como quedan conformados los grupos de trabajo. A efecto de poder realizar un análisis al interior de cada uno de los grupos estudiados a saber: médicos adscritos, residentes y psicólogos.

En la encuesta se aborda el tema de la rotación de personal en los servicios, lo cual puede ofrecer la oportunidad de conocer las áreas de atención que requirieron mayor demanda de personal, encontrando que para la consulta externa la necesidad de cubrir puestos de trabajo fue del 64%, mientras que para el servicio de hospitalización fue del 40% de psiquiatras para la consulta.

Ello podría estar indicando que existe una necesidad importante aun insatisfecha de personal (médicos adscritos) en la consulta externa y que por el momento los médicos residentes son los que están cubriendo estos faltantes. Sería deseable un estudio de la proporción demanda/ existencia de personal, a efecto de cubrir las necesidades reales de dicha demanda de atención y equilibrar las cargas de trabajo, para lo cual sería indispensable definir su proceso de trabajo (tabla6).

c) Condiciones de trabajo del personal clínico

Existe un 41% de médicos y psicólogos que aun no tienen reconocida su categoría salarial. A su vez el 47% de los participantes no ha tenido un ascenso en su categoría profesional y considerando que el 61% de los encuestados tiene una antigüedad mayor a los 5 años, podemos estar ante las causas que provocan un desequilibrio esfuerzo recompensa, tal como se aprecia en la tabla 7.

En los médicos residentes estas condiciones desfavorables se agravan por el hecho de su inseguridad contractual y sus condiciones de trabajo ya precarias, además hay que sumar los cambios de servicio y turno, no deseados, considerando la rotación de turnos inclusive nocturnos. (Recupero la voz de un residente que describe cómo están percibiendo ellos sus condiciones de trabajo).

No existe respeto ni reconocimiento al servicio profesional de carrera. A los médicos residentes no se nos considera trabajadores, por lo que no se nos ofrecen los derechos que a ellos y muchas veces nos exigen más, ello es muy desgastante, sin embargo al ingresar a la subespecialidad estamos conscientes de ello, y lo aceptamos, porque no se nos dan opciones o lo aceptas o no lo aceptas, ello no quiere decir que no nos afecten las condiciones estresantes del hospital, aun sabiendo que nuestra estancia es temporal.

Tabla 7. Condiciones de trabajo del personal clínico 2009.

Conceptos	Si	No
Salario correspondiente a la categoría profesional reconocida	*55%	*41% ^B
Desde su entrada al hospital, ha tenido ascenso en su categoría profesional	53%	47%
Contrato fijo	65%	35%
Horario corrido matutino	67%	33%
Trabajo de lunes a viernes	69%	31%
Cambios en el horario de trabajo	26%	74%
Rotación de turnos inclusive nocturnos	12%	88%
Trabajo bien pagado	64%	36%
Incapacidades el último año	15%	85%

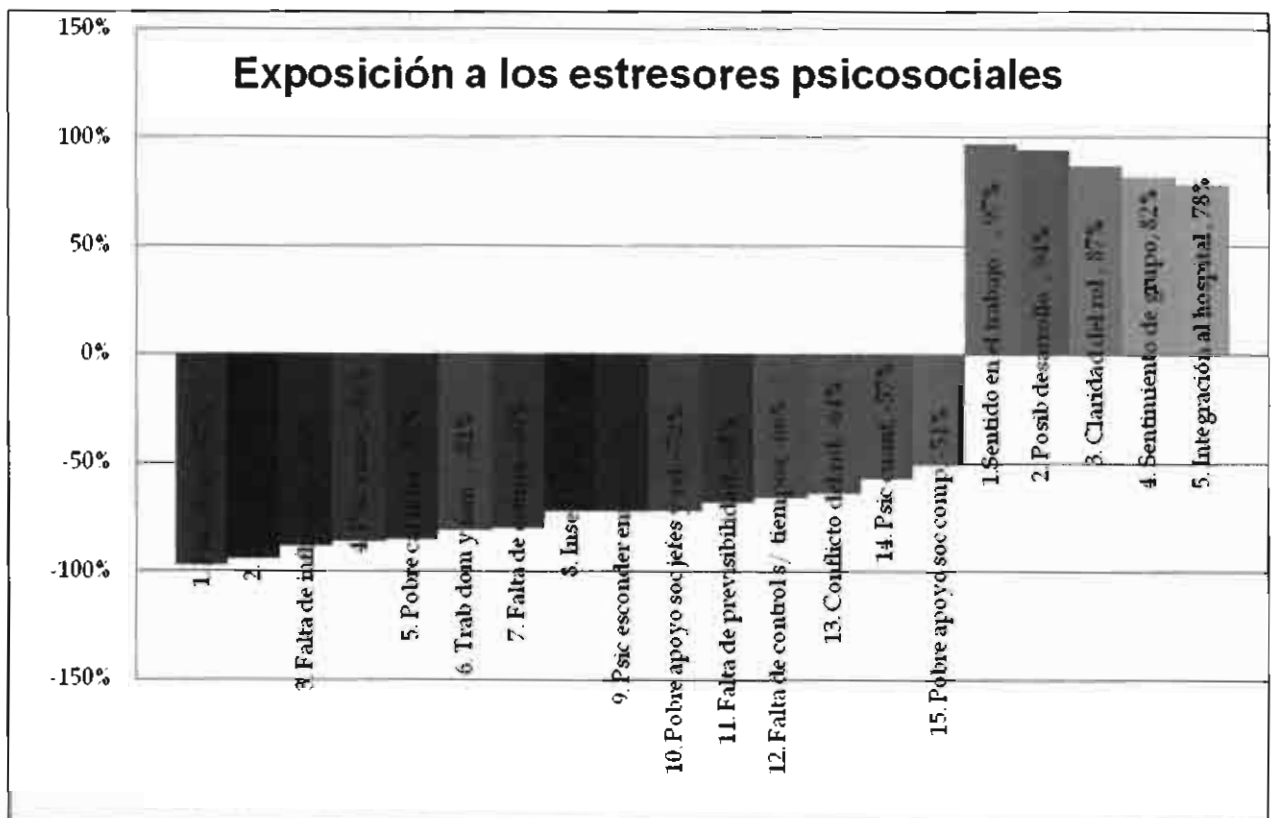
^B El trabajo realizado está por encima de la categoría salarial reconocida.

Nota: *El 4% no contestó.

d) *Exposición a los factores psicosociales*

Como factores positivos que están amortiguando el impacto del desequilibrio esfuerzo recompensa para el personal adscrito, está un horario privilegiado, salario bien pagado, pues así lo afirmó el 64% de ellos, cumplen una jornada de entre 6 y 7 horas al día, cuentan con una plaza de base estable, turnos fijos y un horario matutino corrido. Sin embargo existe una desigualdad importante pues los médicos residentes cubren hasta 72 horas a la semana, es decir en promedio diez horas de jornada diarias, trabajando sábados, domingos, días festivos y rotación de turnos, inclusive nocturnos.

Gráfico 1 *Exposición a estresores y componentes humanizantes del trabajo*



Fuente: CoPsoQ aplicada en julio 2009. (En referencia a otros estudios que han aplicado esta metodología en población española).

Las dimensiones psicosociales se dividen en positivas, aquellas para las que la situación más favorable para la salud se da en puntuaciones altas: cuanto más cerca de 100 mejor. No se considera aceptable desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales las exposiciones a estresores psicosociales superiores a las de referencia poblacional, como ya ha sido explicado en el marco conceptual, los valores de referencia que toma este método, obtenidas mediante una encuesta representativa de la población española ocupada, se asumen como un objetivo de exposición razonablemente asumible a corto plazo por el hospital.

1. Exposiciones problemáticas: trabajadores expuestos a la situación más desfavorable para la salud es mayor o igual a 50%. Otras exposiciones problemáticas: exigencias de riesgo psicosociales, trabajadores expuestos a situaciones aun desfavorables para la salud entre 49 y 33.3%. 3. Exposiciones favorables: presencia de componentes humanizantes, para los que los porcentajes de trabajadores expuestos a la situación más favorable fue mayor al 33.3%.

De los 20 factores psicosociales estudiados, 15 de ellos fueron negativos, dos llegaron a niveles de exposición tan desfavorables y riesgosos que no fue posible comprobar su asociación estadística con las dimensiones de salud estudiadas, dichos estresores se presentaron en prácticamente todo el personal clínico del hospital, se trata de las exigencias psicológicas sensoriales y cognitivas, que junto con las otras 13 exigencias psicosociales negativas que también llegaron a niveles riesgosos. (Ver gráfico 1).

Exigencias psicológicas sensoriales. Se detectó importante exposición de médicos y psicólogos, pues 9.7 de cada 10 se definieron expuestos, se estima es debido a que su labor les exige emplear todos sus sentidos. Ya que 9.6 de cada 10 afirmó que su trabajo requiere un alto nivel de precisión, 9.7 de cada 10 dijo que su trabajo requiere mirar con detalle y 9.8 de cada 10 declaró que su trabajo requiere mucha concentración, por lo que es claro que su trabajo está representando una carga mental muy importante (Gráfico 1).

Exigencias psicológicas cognitivas llegaron a un nivel muy desfavorable de exposición, pues 9.6 de cada 10 estuvieron expuestos. Al abordar estas exigencias, que se originan de la cognición o pensamiento, 9.5 de cada 10 declaró que su trabajo requiere memorizar muchas cosas, 9.6 de cada 10 está expuesto a tomar decisiones de forma muy rápida y 9.6 de cada 10 percibe que su trabajo le exige tomar decisiones difíciles (Gráfico 1).

Existe una falta de **influencia**, si consideramos que una organización saludable debe basarse en el diálogo social y la participación de los trabajadores, no parecen aceptables los siguientes resultados: 8.9 de cada 10 opina que no tienen mucha influencia sobre las decisiones que afectan su trabajo, 8.7 de cada 10 dijo no tener influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna y 8.9 de cada 10 declaró que no se le toma en cuenta, cuando se le asignan sus tareas (Gráfico1).

Exigencias psicológicas emocionales, con una exposición del 86% están presentando un equilibrio complicado en las cargas emocionales de médicos y psicólogos a fin de no involucrarse con los sentimientos del paciente, ya que se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con la salud mental, vitalidad, con los síntomas conductuales, los síntomas cognitivos y la insatisfacción en el trabajo, tal como se aprecia en la tabla 9.

Los resultados aportaron que existe una **pobre calidad de liderazgo**, pues de los cuatro reactivos evaluados los cuatro resultaron negativos, ya que 8.5 de cada 10 participantes afirman que sus jefes inmediatos no se aseguran que los trabajadores tengan buenas oportunidades de desarrollo profesional, 8.4 de cada 10 no planifica bien su trabajo, 8.6 de cada 10 opina que sus jefes no resuelven bien los conflictos, 8.6 de cada 10 declara que no tiene una buena comunicación con sus jefes.

Trabajo doméstico y familiar, los resultados son contundentes pues aportaron que el 8.1 de cada 10 encuestados realizan el total o al menos la mitad de la carga doméstica y familiar. Recordando que la doble jornada laboral de la carga doméstica y familiar, y lo que representa cumplir con las exigencias del trabajo

productivo y las exigencias del trabajo doméstico y familiar, ya que tienen que asumirse de forma simultánea, por lo que estas cargas cuentan de forma importante para medir la salud especialmente de las mujeres.

La **falta de estima** se presenta en el 80%, la cual se debe a la insuficiencia en la falta de reconocimiento por parte de los superiores, trato injusto, aunado a las malas perspectivas de promoción, como salario inadecuado, recordemos que el trabajo realizado está por encima de la categoría salarial reconocida en el 44% de la población estudiada, lo que representa la base de las compensaciones del modelo de Siegrist ya comentado.

Referente a la **inseguridad**, 7.8 de cada 10 encuestados dijo estar bastante preocupado en el caso de que su salario variara o que no se lo actualicen y 7.7 de cada 10 mostró preocupación por lo difícil que sería encontrar otro empleo en el caso de quedarse sin él (Gráfico 1)

Por lo que respecta a las exigencias **psicológicas de esconder emociones**, estas presentaron una exposición del 72%, lo anterior se explica, debido a que 7.2 de cada 10 entrevistados manifestaron que su trabajo se organiza de forma tal que requiere que callen su opinión. Al buscar el origen se comprobó su relación ya que presentan 1.7 veces el riesgo de padecer malestar mental, siendo las diferencias estadísticamente significativas (Tabla 9). Además parecen relacionarse más con la falta del apoyo de compañeros y superiores, ya que su componente emocional de falta de apoyo, queda evidenciado cuando 7.1 de cada 10 declara recibir ayuda de sus compañeros sólo algunas veces y cuando 6.8 de cada 10 declara que sus compañeros están dispuestos a escuchar sus problemas sólo algunas veces.

Ahora el pobre apoyo social que existe entre estos grupos se agrava cuando 7.5 de cada 10 encuestados respondió que no recibe apoyo adecuado de su inmediato superior y que su inmediato superior no está dispuesto a escuchar sus problemas de trabajo o sólo algunas veces (Gráfico 1), por lo que se descarta la

posibilidad de que las exigencias psicológicas de esconder emociones que presentan estos grupos, sean originadas de su relación con los pacientes.

El **pobre apoyo social de jefes y refuerzo** fue de 72%, pues 7.2 de cada 10 participantes afirma no recibir la ayuda adecuada de su inmediato superior, 7.1 de cada 10 declaró que sus jefes no están dispuestos a escuchar sus problemas de trabajo y 7.3 de cada 10 afirmó no recibir el apoyo instrumental y la debida retroalimentación por parte de sus jefes inmediatos superiores (Gráfico 1).

La **falta de previsibilidad**, fue del 68%. Al abordar el tema de si el hospital informa con suficiente anticipación de los cambios que pueden afectar su futuro, al respecto 8.5 de cada 10 respondió que no, lo anterior es debido a lo que ya se comentó en el capítulo de los antecedentes, acerca de la reubicación del hospital, al respecto incluyo algunos comentario vertido en la encuesta por el personal entrevistado (Gráfico 1).

Por lo que respecta a la **falta de control sobre los tiempos de trabajo**, la exposición fue del 66%, lo cual concuerda con la opinión de los encuestados acerca del control que declararon tener, ya que 6.8 de cada 10 afirma que no puede ausentarse al menos una hora sin un permiso especial en caso de tener algún asunto personal que cubrir, 6.5 de cada 10 declaró que puede tomar sus vacaciones cuando quiere, 6.7 de de cada 10 encuestados afirma que no puede dejar su puesto de trabajo para hablar con un compañero y 6.6 de cada 10 manifestó no poder decidir cuándo hace un descanso (Gráfico 1).

La exposición al **conflicto del rol** llegó al 64%, se refiere al conflicto profesional o ético durante el ejercicio de sus funciones, el cual estuvo determinado por los siguientes resultados: 6.5 de cada 10 participantes afirmaron realizar tareas que son aceptadas por algunas personas y por otras no, 6.3 de cada 10 dijo que se le exigen cosas contradictorias en su trabajo, 6.6 de cada 10 piensa que sus tareas deberían de realizarse de otra forma, 6.4 de cada 10 declara tener que realizar tareas que le parecen innecesarias (Gráfico 1).

Los hallazgos del presente estudio mostraron una exposición del 57% a las **exigencias psicológicas cuantitativas**, debido a que 5.4 de cada 10 encuestados manifestó tener que trabajar muy rápido, 6.1 de cada 10 dijo que la distribución de sus tareas es irregular y provoca su acumulación y 5.6 de cada 10 manifestó no tener suficiente tiempo para concluir sus labores.

Por lo que respecta al **pobre apoyo social entre compañeros**, fue del 51%, la encuesta aportó los siguientes resultados: 4.9 de cada 10 declaró no recibir el apoyo adecuado por parte sus compañeros, 5.2 de cada 10 afirma que sus compañeros no tienen la disposición de escuchar sus problemas de trabajo y 5.1 de cada 10 no habla con sus compañeros sobre cómo lleva a cabo su trabajo. Se determinó asociación estadísticamente significativa con la falta de vitalidad de médicos y psicólogos. En general se puede afirmar que la mitad de los participantes, es decir casi 5 de cada 10 no recibe la ayuda necesaria en el momento en que la requiere, por lo cual sigue siendo pobre.

Se detectaron 5 componentes humanizantes en el quehacer del personal clínico, los cuales están jugando un papel protector para estos trabajadores:

El **sentido del trabajo** está participando de forma relevante, pues está constituyendo una manera de adhesión al trabajo y a la profesión tanto de médicos como de psicólogos, aunque no necesariamente al hospital, a pesar de que la mayoría de los participantes presentaron una buena integración al hospital no quiere decir que el hospital no requiera hacer cambios organizativos importantes. Los resultados son: 9.5 de cada 10 participantes opina que las tareas que realizan son importantes, mientras 10 de cada 10 se siente comprometido con su profesión y 9.5 de cada 10 encuentra sentido a sus tareas.

Las **posibilidades de desarrollo** del personal clínico del hospital es uno de los dos componentes más importantes que están protegiendo la salud de los médicos y psicólogos, esta afirmación se encuentra respaldada por los siguientes resultados: 9.4 de cada 10 afirma que su trabajo requiere de iniciativa, 9.5 de cada 10 dice que su trabajo le permite aprender cosas nuevas la mayor parte del

tiempo, 8.9 de cada 10 declara que su trabajo le permite aplicar sus habilidades y conocimientos y en el caso del trabajo variado, 9.6 de cada 10 dice que la mayor parte del tiempo (Gráfico 1).

Referente a **la claridad del rol** o definición del puesto de trabajo, específicamente en cuanto a saber exactamente qué tareas son de su responsabilidad el 87% del personal clínico respondió conocerlas bien, por lo que se refiere a saber si su trabajo cuenta con objetivos claros, 8.7 de cada 10 encuestados aseveró conocerlos, sin embargo no parece razonable que 3.7 de cada 10 no conozca con qué margen de autonomía cuenta en su trabajo y por lo que respecta a tener la información suficiente acerca de lo que se espera de ellos en el trabajo sólo 4.3 de cada 10 manifestó no saber exactamente qué se espera de ellos en el trabajo (Gráfico1).

El sentimiento de grupo (82%), enfocado a evaluar la calidad de las relaciones sociales o el componente emocional del apoyo social, es de gran importancia en el estado de ánimo y el clima del lugar, por lo que se considera positivo que 8.2 de cada 10 encuestados percibe que hay un buen ambiente entre compañeros, 8.3 de cada 10 se siente formar parte del grupo.

Sin embargo es responsabilidad de los jefes desarrollar las habilidades necesarias para conformar grupos de trabajo bien estructurados y cerciorarse que todos se sientan parte del grupo, se comprueba su asociación con la vitalidad de los médicos y psicólogos, siendo las diferencias estadísticamente significativas (Tabla 9).

En cuanto a la **integración** del personal clínico al hospital 7.8 de cada 10 afirmó hablar con entusiasmo del hospital a otras personas, 7.9 de cada 10 dijo que le gustaría quedarse en el hospital el resto de su vida laboral, 7.5 de cada 10 siente suyos los problemas del hospital y 7.7 de cada 10 asegura que el hospital tiene una gran importancia para ellos (Gráfico 1).

De acuerdo a los comentarios expresados por el personal clínico, en realidad se sienten integrados con su profesión, su forma de ejercerla, no así con las

estrategias de gestión de recursos humanos del hospital, ya que no han logrado que los trabajadores se identifiquen al grado de hacer suyos los objetivos y problemas del hospital, veamos cómo perciben la gestión a nivel instrumental del hospital:

Mi trabajo a nivel profesional es muy gratificante, a nivel instrumental muy deficiente y a nivel laboral es fatal. Mis posibilidades de desarrollo y aprendizaje a nivel clínico son insuperables, desgraciadamente las circunstancias actuales de incertidumbre en cuanto al futuro del hospital son muy dañinas para todos los trabajadores y usuarios. La autoridad no tiene compromiso ni ética.

En cuanto a la **satisfacción en el trabajo** no se considera un factor de riesgo, sino como una variable de resultado, a efecto de medir el grado de satisfacción que presentan los encuestados, ya que las escalas así lo permiten.

El 45% declaró no sentirse satisfecho por lo que respecta a sus perspectivas laborales. En cuanto a las condiciones ambientales (iluminación, ruido, ventilación, arreglos físicos) 7 de cada 10 no está satisfecho, 4.3 de cada 10 no está de acuerdo en el grado en que se emplean sus capacidades y 6.5 de cada 10 se siente satisfecho con su trabajo, si lo toma todo en consideración.

La medición de la satisfacción laboral indica la calidad del medio ambiente laboral y ha sido empleada en cientos de investigaciones. La baja satisfacción en el trabajo se relaciona con casi todas las variables de riesgo (estrés, burn-out, ausencias, falta de crecimiento personal, mala salud, consumo de medicinas y mala productividad). Sin embargo, hay que recordar que el concepto de (in)satisfacción en el trabajo no es un concepto bien definido y que está en función de las expectativas, por lo que no ofrece una respuesta en sí, para concluir hay que observar las expectativas entre los factores.

e) Distribución de las dimensiones de salud del personal clínico del hospital

Las principales manifestaciones a la salud encontradas, fueron la falta de vitalidad, los síntomas conductuales, el malestar mental, los síntomas cognitivos y la insatisfacción laboral. Más de la mitad de la población presentó 4 de las 5 manifestaciones estudiadas y una cuarta parte mencionó como importante el problema de la insatisfacción laboral. La falta de vitalidad fue el problema más frecuente en todos los colectivos, puesto que la padecen tres cuartas partes de la población, como se observa en la tabla 8.

Tabla 8 Distribución de las dimensiones de salud

<i>Dimensiones de salud</i>	<i>Frecuencia absoluta</i>	<i>%</i>
Falta de vitalidad	80	73
Síntomas conductuales	67	60
Malestar mental	66	60
Síntomas cognitivos	55	50
Insatisfacción laboral	26	23

Fuente: encuesta CoPso Q levantada en junio 2009

f) Asociación entre las exigencias y las dimensiones de salud

Las asociaciones detectadas permiten evidenciar la patogenicidad de la mala organización del trabajo, permitiéndonos localizar y conocer cuáles de las formas estudiadas están siendo nocivas.

Altas exigencias emocionales asociadas a un malestar mental, a una falta de vitalidad y a los síntomas cognitivo conductuales del estrés. Falta de inseguridad, probablemente originada por una falta de control de estatus, principalmente en cuanto a su salario. (Tabla 9)

Falta de previsibilidad, significa que la Institución debe precisar la información necesaria a fin de que el empleado tenga oportunidad de planear con antelación los movimientos que cambian su vida. El origen muy probablemente ha sido ocasionado por las amenazas de reubicación del hospital que históricamente han

ocasionado un clima de incertidumbre, apatía y preocupación en la población trabajadora del hospital; afectando el bienestar mental su vitalidad e incrementando los niveles de estrés.

La falta de calidad de liderazgo, con una estructura de poder y una organización altamente jerarquizada se asoció a prácticamente todas las dimensiones de salud, ello aunado a un pobre apoyo social por parte de jefes y refuerzo y aunque en menor proporción pero también presente la falta de apoyo social entre compañeros.

La falta de estima que incluye el reconocimiento de los superiores, representa la compensación psicológica insuficiente a cambio del trabajo realizado, perfilándose como el origen de la presencia de un desequilibrio esfuerzo recompensa en el trabajo del personal clínico. (Tabla 9).

Se detecta la presencia de insatisfacción laboral asociada principalmente a la inseguridad en el trabajo (buscando el origen esta parece derivarse en los adscritos por la falta de actualización en el salario, ya que 7 de cada 10 mostró preocupación porque no le actualizan su salario).

La insatisfacción también estuvo asociada al pobre apoyo social por parte de los jefes y al aislamiento, recordando, que no parece razonable si por naturaleza somos seres sociales que un trabajo sea saludable si impide la sociabilidad, pues 6 de cada 10 dijo que su inmediato superior no está dispuesto a escuchar sus problemas de trabajo y 6 de cada 10 no habla con su superior acerca de cómo lleva a cabo su trabajo.

A partir de los resultados generales de los 3 colectivos estudiados, que se presentan en la tabla 9 y debido a que nos encontramos ante una cantidad importante de información, se ha decidido presentar sólo las asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla 9 Asociación entre las exigencias psicosociales y la vitalidad, salud mental, satisfacción, síntomas conductuales y cognitivos del personal clínico. Hospital Psiquiátrico infantil. "Dr. Juan N Navarro". Ciudad de México D.F, 2009.

	Malestar mental			Falta de vitalidad			Síntomas Conductuales			Síntomas Cognitivos			Insatisfacción laboral		
	RP	IC	p	RP	IC	p	RP	IC	p	RP	IC	p	RP	IC	p
1.Exigencias psicológicas cuantitativas	1.40	1.00 1.95	.0403*												
2.Exigencias psicológicas emocionales	3.6	1.28 10.01	.0002*	1.78	1.01 3.13	.0076*	3.59	1.28 10.06	.0002**	2.15	1.00 5.12	.0303*			
3.Exigencias psicológicas de esconder emociones	1.77	1.11 2.82	.0045*												
4.Falta de control s/los tiempos de trabajo				1.65	1.00 3.00	.0301*									
5.Inseguridad	1.73	1.04 2.88	.0109*	1.94	1.23 3.07	.0001*	1.97	1.14 3.41	.0023*	1.39	1.12 1.72	.0016**	7.65	1.09 53.75	.0022*
6.Falta de previsibilidad	2.33	1.40 3.88	<.0001*	1.63	1.17 2.29	.0008*	2.11	1.31 3.41	.0001**	2.07	1.19 3.61	.0024*			
7.Conflicto del rol	1.46	1.01 2.13	.0285*	1.54	1.13 2.10	.0012**									
8.Pobre apoyo social de compañeros				1.37	1.12 1.68	.0051*									
9.Pobre apoyo social de jefes y refuerzo	1.39	1.07 1.81	.0009*	1.41	1.12 1.78	.0024*							3.08	1.41 6.73	.0020*
10.Aislamiento													2.06	1.00 4.33	.0451*
11.Pobre calidad de liderazgo	2.83	1.19 6.76	.0009*	1.65	1.00 2.76	.0139*	2.24	1.06 4.75	.0049*	2.33	1.00 5.60	.0171*			
12.Falta de sentimiento de grupo				1.27	1.05 1.57	.0396*									
13.Falta de estima	2.11	1.12 3.95	.0027*	1.42	1.00 2.11	.0389*	1.82	1.03 3.23	.0109*						
14. Trabajo doméstico y familiar	1.55	1.00 2.49	.0366*												
15.Trato injusto	1.43	1.01 2.03	.0321*												

Nota: RP= Razón de Prevalencia IC = 95% p* = <.05, ** = <.001** N= 111 Fuente: Encuesta CoPsoQ, aplicada en julio 2009.

g) Comparación del perfil de exigencias por grupos de trabajo

Los médicos residentes presentaron una exposición levemente mayor a las exigencias psicológicas cualitativas (sensoriales, cognitivas), es decir perciben sus labores de orden cualitativo más exigentes, respecto de los otros grupos, pero en cuanto a las exigencias cuantitativas, es el colectivo de los adscritos el que presenta mayor exposición, así también para las exigencias psicológicas emocionales, pues llegó a ser para los adscritos 9 de cada 10. (Tabla 10)

Los residentes presentaron la exposición más alta a la falta de influencia, pues 9 de cada 10 se percibieron expuestos, lo mismo que para la mala calidad de liderazgo pues 8.9 de cada 10 estuvieron expuestos. También en lo que respecta a la falta de control sobre los tiempos de trabajo, pues presentan la más alta exposición en este rubro 7.4 de cada 10 se declararon expuestos. La inseguridad jugó un papel más desfavorable para este grupo, con 7.7 de cada 10 expuestos. (Tabla 10)

Para el grupo de los psicólogos la falta de estima representó el nivel más elevado, de exposición, llegando a ser de 8.3 por cada 10. La falta de estima incluye el respeto, el reconocimiento, la falta de apoyo adecuado y trato justo, según el modelo esfuerzo recompensa la interacción entre esfuerzo elevado y un bajo nivel de recompensas a largo plazo representa la situación de mayor riesgo para la salud. (Tabla 10).

El grupo de los psicólogos fue a su vez el colectivo más expuesto en cuanto a las exigencias psicológicas de esconder emociones, pues 7.8 de cada 10 se percibieron expuestos, en la práctica se trata de las reacciones negativas que el trabajador esconde a los superiores, compañeros o pacientes, en el caso de los psicólogos pudieran estar más relacionadas con la falta de apoyo de superiores y compañeros es decir el componente emocional de la falta de apoyo, para ello será indispensable fomentar el apoyo social en el trabajo, la calidad de liderazgo y el trato justo, pueden reducir estas exigencias, la formación de mandos medios también sería de gran ayuda.

Tabla 10 Perfil de exigencias de los 3 grupos estudiados

Exigencias	Adscritos (1)	Residentes (2)	Psicólogos (3)
1. Psicológicas Sensoriales	96.7	97.8	97.1
2. Psicológicas cognitivas	93.1	97.1	91.3
3. Falta de influencia	83.0	91.0	89.0
4. Psicológicas emocionales	90.0	82.9	84.8
5. Pobre calidad de liderazgo	80.0	88.6	84.8
6. Falta de estima	76.7	80.0	82.6
7. Inseguridad	80.0	77.1	73.9
8. Pobre apoyo social por parte de jefes y refuerzo	76.7	68.6	69.6
9. Psicológicas de esconder emociones	73.3	62.9	78.3
10. Falta de previsibilidad	63.3	68.6	71.7
11. Falta de control sobre los tiempos de trabajo	50.0	74.3	73.9
12. Conflicto del rol	60.0	71.4	60.0
13. Psicológicas cuantitativas	66.7	58.8	45.7
14. Trabajo Aislado	53.0	49.0	54.0
15. Pobre apoyo social entre compañeros	53.3	45.7	54.3
16. Trabajo doméstico y familiar	96.7	57.1	89.1

Fuente: CoPsoQ aplicada en junio de 2009.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, salvo en el trabajo doméstico y familiar entre los adscritos, al compararlos con los psicólogos. (<0.0001).

h) Análisis al interior de cada grupo de trabajo

El colectivo de los médicos adscritos

Es el grupo que aporta mayor evidencia, acerca de como el estrés provocado por una mala organización puede llegar a ser precursor de malestar mental, falta de vitalidad, bajo ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia o duración y ante la presencia o ausencia de otras interacciones. Surgiendo así la interrogante acerca de los periodos de latencia, en relación al orden en que se presentan las consecuencias en las dimensiones de salud estudiadas, en primer lugar el estrés, posteriormente, la falta de vitalidad y después el malestar mental. (Tabla 11).

Tabla 11 Asociación entre la exposición a las exigencias psicosociales y las dimensiones de salud del grupo de médicos adscritos. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" 2009

Exigencias psicosociales	Malestar mental			Falta de vitalidad			Síntomas conductuales del estrés		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Psicológicas cuantitativas	2.81	1.07-7.38	.0062 *	1.79	0.94 - 3.39	.0302*¥	2.13	0.97 - 4.64	.0184* ¥
Psicológicas emocionales	3.57	1.28-10.01	.0002**						
Psicológicas de esconder emociones	3.24	0.96-10.95	.0049*						
Falta de control sobre los tiempos de trabajo				2.03	0.99 - 4.27	.0164*¥	2.57	1.00 - 6.58	.0084*¥
Inseguridad				2.61	0.83 - 8.18	.0102*¥	5.00	0.83 - 30.19	.0046*¥
Falta de previsibilidad	2.33	1.40-3.88	>.0001**				3.21	1.21- 8.52	.0008*¥
Pobre apoyo social de jefes y refuerzo	2.61	1.28- 5.35	.0015**	2.00	1.18 - 3.38	.0022 *¥			
Pobre calidad de liderazgo	1.97	0.89 - 4.37	.0468* ¥						

Nota: RP= Razón de Prevalencia IC=95% $p^* = < .05$, $** = < .001$ μ = marginalmente significativa N= 111

Fuente: Encuesta CoPsoQ, aplicada julio,2009 en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

¥ Valores de la prueba exacta de Fisher, debido a que el número de observaciones en alguna de las casillas de la tabla de contingencia fue menor a 5.

El colectivo de los médicos residentes

La dimensión más afectada y que merece especial atención, es la falta de vitalidad, considerando que son personas jóvenes no parece aceptable que se estén presentando estos índices de falta de vitalidad, por lo que queda de manifiesto, que independientemente de la edad del personal clínico, existen en su trabajo exigencias psicosociales que están provocando esa falta de vitalidad.

Aunque el término de insatisfacción laboral no es un concepto bien definido, ya que está en función de las expectativas entre otros factores, los médicos residentes manifestaron su insatisfacción laboral principalmente a causa de la falta de estima, ya que se encontró asociada a la insatisfacción laboral, con un riesgo de 7.7 veces, a la falta de apoyo social entre compañeros, con 2.2 veces el riesgo, en los expuestos respecto de los no expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 12).

En conclusión, el trabajo de los médicos residentes se caracteriza por ser de alta exigencia psicológica emocional, causándoles estrés, falta de vitalidad y malestar mental, sus condiciones de inseguridad contractual son causa de estrés, además de su movilidad funcional, cambios de horario y de jornada, rotación de turnos inclusive nocturnos, categoría salarial no reconocida (de r4 y son subespecialistas).

Tabla 12 Asociación entre la exposición a las exigencias psicosociales y las dimensiones de salud del grupo de médicos residentes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" 2009

	Malestar mental			Falta de Vitalidad			Síntomas conductuales del estrés			Síntomas cognitivos del estrés			Insatisfacción laboral		
	RP	IC%	p	RP	IC%	p	RP	IC%	p	RP	IC%	p	RP	IC%	p
Exigencias psicosociales	3.93	0.64 - 23.99	.249*¥	4.76	0.79-28.76	.0034* ¥	2.28	0.72 - 2.19	.0488*¥						
Psicológicas															
emocionales															
Inseguridad							2.07	0.83 - 5.19	.0363* ¥	2.52	0.73 - 8.66	.0554*¥			
Pobre apoyo social de compañeros				1.56	1.06-2.29	.0388*							2.18	1.01-4.70	.0599 µ ¥
Falta de previsibilidad				2.29	1.03-5.11	.0092* ¥	3.21	1.21-8.52	.0008* ¥	8.25	1.26 - 54.23	.0004** ¥			
Aislamiento				1.76	1.08-2.89	.0177* ¥									
Pobre calidad de liderazgo				2.25	1.19-4.25	.0024* ¥									
Falta de estima				1.77	0.95-3.29	.0352* ¥							7.68	1.13- 52.13	.0029*¥
Trato injusto				1.82	1.03-3.23	.0200* ¥									

Nota: RP= Razón de Prevalencia IC=95% p* = < .05, ** = < .001** µ= marginalmente significativa N= 111

Fuente: Encuesta CoPsoQ, aplicada julio,2009 en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

¥ Valores de la prueba exacta de Fisher, debido a que el número de observaciones en alguna de las casillas de la tabla de contingencia fue menor a 5.

El colectivo de los psicólogos

Altas exigencias psicológicas emocionales, asociada a un riesgo de 5 veces de padecer malestar mental, en los expuestos, respecto de los que no se exponen, siendo las diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 13).

Se corrobora la existencia de ciertas formas nocivas de la organización del trabajo, resaltando el pobre apoyo social de parte de jefes y refuerzo y en menor grado, aunque también presente la falta de apoyo social entre compañeros.

La falta de control sobre los tiempos de trabajo. Presencia de inseguridad en el trabajo, igualmente originada por la falta de control de estatus (salario).

Presencia de trato injusto, asociado a un riesgo de 2.4 veces el riesgo a padecer los síntomas conductuales del estrés, en los expuestos, respecto de los no expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 13).

Destaca la importante insatisfacción laboral, asociada al pobre apoyo social de jefes con 9.5 veces el riesgo en los expuestos, de padecerla. Y por la falta de influencia de 5 veces el riesgo en los que se exponen, respecto de los que no se exponen de sufrirla, siendo las diferencias estadísticamente significativas. Tal como se aprecia en al tabla 13.

Tabla 13 Asociación entre la exposición a las exigencias psicosociales y las dimensiones de salud del grupo de psicólogos del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" 2009

Exigencias psicosociales	Malestar mental			Falta de Vitalidad			Síntomas conductuales del estrés			Síntomas cognitivos del estrés			Insatisfacción laboral		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Psicológicas emocionales	4.67	0.75 - 29.04	.0082*												
Control sobre los tiempos de trabajo				1.47	1.00 - 2.23	.0419*									
Inseguridad	2.03	0.88 - 4.67	.0419* ‡	2.03	0.88 - 4.67	.0419*									
Falta de previsibilidad	3.15	1.14 - 8.69	.0029* ‡												
Falta de influencia													5.00	1.47- 17.05	.0370* ‡
Pobre apoyo social de jefes y refuerzo	1.89	1.15 - 3.12	.0106*										9.46	1.26 - 70.81	.0014* ‡
Pobre apoyo social entre compañeros										1.88	1.04 - 3.40	.0455*			
Trato injusto							2.39	1.07 - 5.36	.0129*						

Nota: RP= Razón de Prevalencia IC=95% $p^* = < .05^* = < .001^{**}$ N= 111 Fuente: Encuesta CoPsoQ, aplicada en julio 2009.

‡ Valores de la prueba exacta de Fisher, debido a que el número de observaciones en alguna de las casillas de la tabla de contingencia fue menor a 5.

Discusión y Conclusiones

a) Hallazgos del personal en general

Los principales problemas que presenta la organización del trabajo de la población clínica del hospital, de acuerdo a los cuatro ejes de análisis son:

Eje 1: Altas demandas psicológicas cualitativas: sensoriales y cognitivas, prácticamente toda la población se encontró expuesta, exigencias psicológicas emocionales, trabajo que expone al personal a procesos de transferencia de emociones y sentimientos y por lo tanto a un desgaste emocional. Ver gráfico 1 y tabla 9.

Eje 2: Falta de control y autonomía causada por la insuficiente intervención en la organización de su trabajo, inseguridad debida a la falta de control de estatus (salario), faltas de perspectivas de promoción, falta de previsibilidad ocasionada por las amenazas de reubicación del hospital, lo anterior para todo el personal clínico, a los residentes se les agrega inestabilidad laboral, cambios en el servicio, en horario y rotación de turnos inclusive nocturnos no deseados. Con una falta de control sobre los cambios no deseados, falta de perspectivas de promoción, falta de estima (respeto y reconocimiento, trato injusto).

Dado que la falta de previsibilidad, significa que la Institución no informa a los trabajadores acerca de cómo hacer bien el trabajo, además de dar a conocer con antelación futuras reestructuraciones, se deduce que al no cumplir el Hospital con esta premisa, la amenaza de reubicar el hospital afectó tanto el bienestar mental, la vitalidad, así como generó un nivel importante de estrés en la población clínica.

Se encuentra falta del sentimiento de grupo, que se refiere a la calidad de las relaciones, es decir el componente emocional del apoyo social, puesto que en el lugar de trabajo se pasa gran parte de tiempo es de gran importancia el clima y el estado de ánimo del lugar de trabajo, el no sentirse parte del grupo indica un mal ambiente, muchos conflictos y acoso. La falta de sentimiento de grupo se asoció

con 1.4 veces más el riesgo de padecer falta de vitalidad, tal como se aprecia en la tabla 9.

Eje 3: Pobre apoyo social por parte de jefes y refuerzo, el colectivo más expuesto fue el de los adscritos con 7.7 de cada 10, aunque los residentes y los psicólogos también presentaron un pobre apoyo social con una exposición de 6.9 y 7.0 de cada 10, respectivamente. (Ver gráfico 1). Comprobándose su asociación con el malestar mental y con la falta de vitalidad en 1.4 veces el riesgo de padecer ambas, siendo las diferencias estadísticamente significativas. (Ver tabla 9).

A su vez aunque en menor grado hay presencia de un pobre apoyo social entre compañeros, pues la mitad del personal encuestado se encontró expuesto. El pobre apoyo social entre compañeros se relacionó con una falta de vitalidad en 1.4 veces el riesgo de sufrirla, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Presencia de una mala calidad de liderazgo, que se presentó en 8.5 de cada 10 expuestos, ver gráfico 1. Se relacionó prácticamente con todas las dimensiones de salud, en casi 3 veces el riesgo de sufrir malestar mental, 1.7 veces el riesgo de padecer falta de vitalidad, 2.1 veces el riesgo de tener que lidiar con los síntomas cognitivo conductuales del estrés, siendo las diferencias estadísticamente significativas. Se recomienda más el rol del líder que del jefe para las tareas de dirección, desde el punto de vista de la salud, es importante que los inmediatos superiores realicen una gestión de personal justa, democrática, responsable y visible.

Eje 4: Se aprecia un desequilibrio esfuerzo recompensa, originado por la falta estima, ya que 8 de cada 10 encuestados perciben que su trabajo no es estimado. La falta de estima se encontró asociada al malestar mental con 2 veces el riesgo de sufrirlo, 1.4 veces el riesgo de padecer falta de vitalidad y 1.8 veces el riesgo de tener que lidiar con los síntomas conductuales del estrés, en los expuestos,

respecto de los no expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas, ver tabla 9.

La estima representa la compensación psicológica obtenida de manera suficiente a cambio del esfuerzo realizado, con perspectivas de promoción, un salario adecuado y trato justo, en la población clínica las compensaciones psicológicas están siendo insuficientes, los médicos residentes se perciben tratados injustamente, repercutiendo en una falta de vitalidad, para el grupo de los psicólogos el trato injusto está causando síntomas conductuales del estrés, aunado a la presencia de malas perspectivas de promoción, como salario inadecuado, ya que al 41% de la población estudiada no cuenta aun con una categoría salarial reconocida, ver tabla 7, la cual representa la base de las compensaciones del modelo de Siegrist ya comentado.

Las cargas doméstica y familiar se presentan como estresores adicionales a las exigencias cualitativas. En general las mujeres trabajadoras continúan con la mayor parte de la carga doméstica y familiar, en las mujeres la exposición llegó al 83.1% y en los hombres al 76.3%. Estas desigualdades entre hombres y mujeres, respecto a la cantidad de trabajo se manifiesta en desigualdades en la salud entre hombres y mujeres. Es muy positivo ver que el margen diferencial en cuanto a la exposición a las cargas domésticas y familiares entre hombres y mujeres, sólo representó 6.8 puntos porcentuales, lo cual puede estar indicando una mayor participación de los hombres en estas labores.

Dentro de los 20 factores estudiados, se encuentran 5 componentes humanizantes en el trabajo desempeñado por médicos y psicólogos del área clínica; ya que los clínicos encuentran que su trabajo tiene un gran significado, percibiéndolo como creativo y variado, ofrece excelentes oportunidades de dedicarse a aquello que mejor sabe hacerse, sin embargo presenta pocas posibilidades de influir en la organización de sus tareas.

En conclusión, presencia de una estructura jerárquica y de poder vertical, aunada a una falta de apoyo social especialmente por parte de los jefes y la falta de control sobre la organización de su trabajo y el pobre control de estatus aunado a las exigencias psicológicas cualitativas principalmente emocionales, han sido identificadas como las formas nocivas de la organización del trabajo de médicos y psicólogos, que están causando síntomas cognitivo conductuales, falta de vitalidad y malestar mental en la población clínica del hospital, tal como se puede apreciar en la tabla 9.

b) Hallazgos del colectivo de médicos adscritos (4 ejes de análisis)

Eje1: Es el grupo que está percibiendo además de altas exigencias psicológicas cualitativas, exigencias psicológicas cuantitativas, las cuáles mostraron tener relación con el malestar mental, ya que presentaron 2.8 veces el riesgo de padecer malestar mental, 1.8 veces el riesgo de sufrir falta de vitalidad y 2.1 veces el riesgo de tener que lidiar con los síntomas conductuales del estrés.

Altas exigencias psicológicas emocionales, lo que supone un trabajo desgastador emocionalmente y de tener que esconder sus emociones, presentando ambas un riesgo de 3.8 veces y 3.2 veces de padecer malestar mental, respectivamente, siendo las diferencias estadísticamente significativas. Los adscritos parecen estar presentando un equilibrio complicado en esta área. (Ver tabla 11).

Dentro del control se detecta la presencia del conflicto del rol, pues 7.5 de cada 10 afirma tener que realizar tareas innecesarias, por lo que será indispensable establecer las líneas de comunicación adecuadas, promover el acercamiento, la reconciliación y crear los consensos, aumentando el nivel de influencia de los trabajadores lo cual implica una mejora en el contenido de su trabajo, esto tenderá a minimizar el conflicto del rol.

Se detecta la falta del sentimiento de grupo, que se refiere a la calidad de las relaciones, es decir el componente emocional del apoyo social, puesto que en el lugar de trabajo se pasa gran parte de tiempo es de gran importancia el clima y el estado de ánimo del lugar de trabajo, el no sentirse parte del grupo indica un mal

ambiente, muchos conflictos y acoso. La falta de sentimiento de grupo se asoció con 1.4 veces más el riesgo de padecer falta de vitalidad, tal como se aprecia en la tabla 11.

Eje2: Falta de control sobre los tiempos de trabajo, alta inseguridad debido principalmente a que el 6.6 de cada 10 mostró preocupación porque no le actualicen o bajen su salario. La falta de previsibilidad muestra una relación altamente significativa en cuanto al malestar mental de los médicos adscritos expuestos, respecto de los no expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas, ver tabla 11.

Recordando el hecho de que las medidas de salud mental a las que nos referimos constituyen molestias, alteraciones en la salud más cercanas a la salud que a la enfermedad, pero que significan un deterioro en el bienestar del individuo, afectando su desempeño en todas sus esferas, de forma importante se observan manifestaciones de mecanismos emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, alienación y apatía, como efectos proximales y como efectos distales pueden ser precursores de fatiga crónica, enfermedad cardíaca, úlcera ácido péptica o llegar a propiciar la expulsión del mercado laboral de las personas largamente expuestas,.

Pobre apoyo social de jefes y refuerzo: 7 de cada 10 encuestados, opinaron que sus jefes no planifican bien el trabajo, lo cuál ocasiona mala distribución y acumulación de las tareas, además de que tampoco reciben el apoyo social adecuado por parte de sus jefes, pues más de la mitad, declaró que no recibe ayuda, ni refuerzo por parte de sus jefes, por lo que están sometidos a riesgos 2.6 veces de padecer malestar mental, 2 veces el riesgo de los expuestos, respecto de los no expuestos, de sufrir falta de vitalidad, en los expuestos, respecto de los no expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas. El apoyo social es fundamental para promover un clima laboral saludable. (Tabla 11)

La falta de refuerzo es la falta de información detallada que deben recibir los subordinados para poder modificar las fallas, y que además posibilita el aprendizaje y el desarrollo de habilidades (lo que es beneficioso para la salud) y constituye también una de las bases objetivas para el trato justo en el trabajo. La falta de refuerzo también se relaciona con directrices explícitas y claras por parte de los directivos del hospital. (Ver tabla 11).

La falta de previsibilidad, muestra una relación con el riesgo de padecer malestar mental de 2.3 veces y 3.2 veces a los síntomas conductuales del estrés, siendo las diferencias estadísticamente significativas. La falta de previsibilidad se refiere al hecho de que las personas necesitan disponer de la información adecuada, suficiente y a tiempo para adaptarse a los cambios que pueden afectar su vida, de lo contrario aumentarán sus niveles de estrés. Aquí específicamente se vio reflejada la situación de incertidumbre, inestabilidad y la falta de canales de comunicación adecuados, por parte de las autoridades para con los trabajadores del hospital, causando en los médicos adscritos gran consternación. (Ver tabla 11).

Los adscritos expuestos a una pobre calidad de liderazgo, presentaron un riesgo de 1.9 veces más, respecto de los no expuestos a sufrir deterioro en su bienestar mental. A pesar de que los médicos adscritos perciben su empleo en el hospital como satisfactorio, lo cual puede obedecer a los protectores psicosociales que posee este grupo tales como un alto sentido en el trabajo, grandes posibilidades de desarrollo y una buena integración de grupo. Estos conceptos como componentes humanizantes del trabajo están estrechamente relacionados.

Es frecuente que los trabajadores piensen en dos categorías: "ellos" y "nosotros", aquí la persona no está identificada con el hospital, sino con su profesión y por lo tanto también con sus compañeros, con quién comparte intereses lo que no representa riesgos para la salud, esto puede estar implicando un alto nivel de apoyo social y de sentimiento de grupo, lo anterior se explica ya que al abordar

esto en la encuesta el 100% declara sentirse comprometido con su profesión y sólo el 50% siente que los problemas del hospital son también suyos.

c) Hallazgos del colectivo de los médicos residentes (cuatro ejes de análisis)

Eje 1: Altas exigencias psicológicas emocionales, aparecieron prácticamente como una constante para los médicos residentes, pues presentaron casi 4 veces el riesgo de ver afectada su salud mental, con casi 5 veces el riesgo de sufrir falta de vitalidad y con 2.3 veces el riesgo de presentar los síntomas conductuales del estrés, en los expuestos respecto de los no expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 12).

Eje 2: La inseguridad está siendo causa de altos niveles de estrés, con 2 veces el riesgo para los síntomas conductuales y 2.5 veces el riesgo para los síntomas cognitivos de tener que lidiar con ellos, en los residentes que se exponen. La falta de previsibilidad estuvo asociada implicando un riesgo de 2.3 veces de sufrir falta de vitalidad, 3.2 veces el riesgo de padecer los síntomas conductuales del estrés y 8.2 veces el riesgo de presentar los síntomas cognitivos del estrés, en los residentes expuestos en relación con los no expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas, tal como se observa en la tabla 12.

El orden en el que se están presentando los efectos, indican que debido a la exposición de las exigencias psicosociales el mayor impacto provocado en cuanto a magnitud y fuerza es la falta de vitalidad, después un malestar mental de menor magnitud y la presencia de síntomas conductuales y cognitivos del estrés asociados a las exigencias psicológicas emocionales.

Para todo ser humano es necesario el análisis y cuestionamiento respecto a su trabajo y por ende también de su vitalidad, en especial para los médicos residentes por ser en ellos la dimensión más afectada, merece especial atención, consistente con la respuesta de la mayoría, pues el 8.2 de cada 10 afirmó sentirse cansado muchas veces y el 6.6 de cada 10 también se ha sentido agotado,

tomando en cuenta que la media de la edad de los médicos residentes es de 32 años, no parece aceptable que se estén presentando estos índices de falta de vitalidad, en personas jóvenes, por lo que queda de manifiesto, que independientemente de la edad del personal clínico, existen en su trabajo exigencias psicosociales que están provocando esa falta de vitalidad.

Eje 3: La falta de apoyo entre compañeros aparece como la probable causa de su falta de vitalidad, con un 1.6 veces más el riesgo de sufrirla, perciben su puesto de trabajo aislado, con pocas posibilidades de relación social, presentando 1.8 veces más de aislamiento de los expuestos, respecto de los no expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

A su vez se comprueba la existencia de una pobre calidad de liderazgo, ya que los residentes presentaron 2.2 veces más el riesgo de sufrir falta de vitalidad, en los expuestos, respecto de los no expuestos. Además los que se expusieron a ser tratados injustamente, presentaron 1.8 veces más el riesgo de tener falta de vitalidad, respecto de los no expuestos siendo las diferencias estadísticamente significativas (Tabla 12).

Eje 4: La estima incluye el reconocimiento de los superiores y del esfuerzo realizado para desempeñar el trabajo, recibir el apoyo adecuado y un trato justo. De donde la estima representa la compensación psicológica obtenida de manera suficiente o insuficiente a cambio del trabajo realizado y constituye junto con las perspectivas de promoción, seguridad de empleo, condiciones de trabajo y un salario adecuado a sus exigencias.

Para los médicos residentes siendo la falta de vitalidad la dimensión más afectada, merece especial atención. Consistente con la respuesta de la mayoría, ya que 6.2 de cada 10 dijo sentirse agotado la mayor parte del tiempo y 7.2 de cada 10 se ha sentido cansado, tomando en cuenta que la media de la edad de los médicos residentes es de 35 años, no parece aceptable que se estén presentando estos índices de falta de vitalidad, en personas jóvenes, por lo que queda de manifiesto, que independientemente de la edad del personal clínico, existen en su trabajo

exigencias psicosociales que están provocando esa falta de vitalidad. (Gráfico 1). Aunque el término de insatisfacción laboral no es un concepto bien definido, ya que está en función de las expectativas entre otros factores, los médicos residentes manifestaron su insatisfacción laboral principalmente a causa de la falta de estima, ya que se encuentra asociación estadísticamente significativa, con un riesgo de 7.7 veces en los expuestos respecto de los no expuestos, otra exigencia que está interviniendo en la insatisfacción de los médicos residentes es la falta de apoyo social entre compañeros, pues presentaron un riesgo de 2.2 veces de padecer insatisfacción laboral, respecto de los que no se exponen. (Tabla 12).

En conclusión, el trabajo de los médicos residentes se caracteriza por ser de alta exigencia psicológica emocional, causándoles estrés, falta de vitalidad y malestar mental, sus condiciones de inseguridad contractual son causa de estrés, además de su movilidad funcional, cambios de horario y de jornada, rotación de turnos inclusive nocturnos, categoría salarial no reconocida (de r4 y son subespecialistas). Están percibiendo sus condiciones de trabajo precarias e insatisfactorias.

d) Hallazgos del colectivo de psicólogos adscritos (cuatro ejes de análisis)

Se comprueba la existencia de la nocividad de la organización del trabajo, tales como las prácticas siguientes: un muy pobre control sobre los tiempos de trabajo, inseguridad, falta de influencia, falta de previsibilidad, trato injusto y un pobre apoyo de compañeros y jefes, aunadas a las exigencias psicológicas emocionales, así como su asociación con el malestar mental y la falta de vitalidad de los psicólogos.

Los cuatro ejes de análisis aportan evidencia de la presencia de proporcionalmente en magnitud similar, tanto del malestar mental, como de la falta de vitalidad y en menor grado estrés en el grupo de los psicólogos.

Eje 1: Nuevamente las exigencias psicológicas emocionales estuvieron presentes en este grupo significando un riesgo de 4.7 veces de sufrir deterioro en su integridad mental, de los expuestos en relación con los no expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas, ver tabla 13.

Eje2: La falta de control sobre los tiempos de trabajo, se asoció a padecer falta de vitalidad con un riesgo 2 veces mayor en los psicólogos expuestos respecto de aquellos que no están expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas. La inseguridad presentó un riesgo latente tanto para su salud mental con 2 veces más posibilidades de sufrirla, 1.5 veces el riesgo de padecer falta de vitalidad, en los expuestos, respecto de los no expuestos, siendo las diferencias estadísticamente significativas, tal como se aprecia en la tabla 13.

Nuevamente la falta de previsibilidad aparece afectando al colectivo de los psicólogos, con un riesgo mayor de 3.2 veces en los expuestos respecto de los que no se exponen a sufrir malestar mental, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

A su vez los expuestos a un pobre apoyo social de jefes y refuerzo presentan un riesgo mayor a 9.5 veces de presentar insatisfacción laboral, respecto de los que no se exponen, siendo las diferencias estadísticamente significativas (Ver tabla 9).

Eje 3: Los expuestos a un pobre apoyo social de parte de sus compañeros también presentan un riesgo mayor a 1.8 veces de sufrir los síntomas cognitivos del estrés, respecto de los que no se exponen, siendo las diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 13).

Eje 4: Los psicólogos que se exponen a un trato injusto tienen 2.4 veces el riesgo de sufrir los síntomas conductuales del estrés, respecto de aquellos que no se exponen, siendo las diferencias estadísticamente significativas, tal como se puede apreciar en la tabla 13. Se detecta la presencia de insatisfacción laboral, con un

riego de 5 veces de sufrirla, en los expuestos a la falta de influencia en el trabajo, respecto de los que no se exponen.

De la exposición a las exigencias psicológicas sensoriales

Referente a las exigencias psicológicas sensoriales, diversos estudios muestran que las cargas mentales con altas exigencias, que no cuentan con períodos de recuperación adecuados, pueden evolucionar hacia una fatiga crónica con todo su componente sintomático: sensación de malestar, preferentemente por las mañanas, al inicio del trabajo, con trastornos del carácter, y tendencia depresiva o bien de ansiedad y síntomas psicósomáticos o enfermedades (trastornos del sueño con insomnio y somnolencia diurna, pérdida del apetito, trastornos digestivos, dolor de espalda, mareos, alteraciones menstruales femeninas).⁴⁶

La fatiga laboral, es difícil de reparar, tiende a hacerse crónica e implica a todos los niveles profesionales.⁴⁶ Otras investigaciones han demostrado que estas exigencias tienen relación con las variables ergonómicas (de gran importancia para el bienestar y la salud en el trabajo). Debido a lo anterior, se requerirá una revisión del puesto de trabajo de médicos y psicólogos desde el punto de vista ergonómico (evitar el trabajo excesivamente sedentario, revisión de posturas, tiempos de exposición).

Aun se dispone de una limitada evidencia de su relación con la salud, aunque en la población española y danesa se han relacionado con los síntomas somáticos del estrés, en el caso específico del presente estudio no fue posible comprobar sus asociaciones estadísticas, debido a que la gran mayoría de los entrevistados resultaron expuestos.

En relación a las exigencias psicológicas cognitivas, es necesario que el trabajador reciba los recursos y oportunidades, lo cual representará un desafío, es decir la forma de contribuir al desarrollo de sus habilidades, o al contrario si no recibe los recursos y oportunidades representa una amenaza, significando en los

médicos y psicólogos una carga añadida a las exigencias cuantitativas y estar representando un esfuerzo cognitivo excesivo.

Es recomendable revisar si la organización del trabajo cumple con esta premisa y a su vez tener el cuidado necesario para no incorporar nuevas tareas o tecnologías, sin antes dotar al trabajador de la formación y entrenamiento suficientes a fin de que pueda enfrentar las nuevas exigencias. Debido a que 9.7 de cada 10 entrevistados resultaron expuestos no fue posible realizar asociaciones estadísticas.

Referente a las exigencias psicológicas emocionales, será necesario verificar los casos de burn out, casos en los que deberá plantearse una reducción en el tiempo de exposición y aumentar las habilidades individuales para manejar estas cargas a través de la formación, supervisión y estrategias de protección psicológica. Lo cual requerirá de manera muy importante del apoyo de directivos, jefes inmediatos, sindicato y compañeros. Pues 8.6 de cada 10 declaró que su trabajo es desgastador emocionalmente, con situaciones de desgaste emocional en 8.7 de cada 10 encuestados (Gráfico 1).

Por lo que respecta a la pobre calidad de liderazgo, numerosos estudios han mostrado como la calidad de la dirección en cuanto a una inadecuada gestión de recursos humanos exhibe una relación directa en la salud de los trabajadores, particularmente en la población clínica del hospital, con los síntomas cognitivo conductuales del estrés, con una falta de vitalidad y con un malestar mental, ya que una gestión de personal de los superiores jerárquicos deberá ser justa, democrática, responsable y visible.

En la literatura del management y de la cultura organizacional se tiende a recomendar más al líder que al jefe para la tarea de dirigir. Veamos los comentarios vertidos en la encuesta respecto de la pobre calidad de liderazgo:

Creo que hace falta mayor impulso a la actualización de tareas, investigación y trabajo en equipo. El trabajo en áreas operativas es muy eficiente, existe compromiso institucional y labor de equipo bien integrado, pero la

comunicación con *cuerpo* de gobierno es muy limitada, la toma de decisiones es autocrática y carente de capacidad profesional y de gestión.

No existe reconocimiento profesional ni respeto al servicio profesional de carrera. Que se les proporcione capacitación a jefes inmediatos y superiores del servicio sobre asertividad, manejo de personal, manejo de autoridad, relaciones interpersonales y condiciones generales de trabajo.

Que los inmediatos superiores del área reciban capacitación principalmente de personal, relaciones humanas, asertividad, condiciones generales de trabajo, etc. No hay oportunidad de hablar con los jefes superiores no inmediatos que son los responsables de un ambiente general institucional inadecuado. La mala selección de mandos altos y medios impacta en el desempeño del equipo laboral, así como el desconocimiento de actividades psicoterapéuticas y su aplicación. Carga de trabajo por mala planeación estratégica y falta de personal especializado, saturación y por tanto estrés laboral.

La carga de trabajo es altamente dispareja. Me parece que deben mejorarse los canales de comunicación. Que se cumplan las normas y reglamentos por todo el personal. Más limpieza. Más presupuesto para mejorar las condiciones físicas del hospital. Crear espacios de recreación para el personal.

El hospital está en crisis no sabemos que va a pasar. No tenemos representantes sindicales, no estoy de acuerdo en tener las autoridades que tengo. Me parece caótica la administración. El trato a los pacientes y sus familiares es pésimo en general.

La comunicación entre otras áreas es indirecta lo que origina conflictos, las autoridades tienen gran responsabilidad en el inadecuado clima laboral, en muchas ocasiones son el origen. Pésima planeación de actividades laborales por parte de autoridades. Es constante que se tenga una actitud devaluatoria hacia el trabajo de los demás. Existe poco o nulo apoyo al desarrollo profesional.

Que los jefes inmediatos sepan realizar bien su función y sean neutrales, no exista favoritismos.

En cuanto al *trabajo doméstico y familiar*, es interesante observar como la exposición en esta exigencia de los hombres es sólo sensiblemente menor respecto a la de las mujeres, pues 8.3 de cada 10 mujeres estuvieron expuestas mientras que 7.2 de cada 10 hombres se declararon expuestos.

Ya que la *estima* representa la compensación psicológica obtenida, que en este caso está siendo insuficiente concuerda con los resultados: pues 7.1 de cada 10 piensa que sus superiores no le dan el reconocimiento que merece, 6.8 de cada 10 afirma que en las situaciones difíciles no recibe el apoyo necesario, 7.1 de cada 10 declaró que al tomar en cuenta todo el esfuerzo realizado, el reconocimiento que recibe es inadecuado (Gráfico 1).

Por lo que respecta a la *inseguridad*, esta se encontró asociada con todas las dimensiones de salud, con 7 veces el riesgo de lidiar con la insatisfacción laboral, a los síntomas conductuales del estrés, con un riesgo de 1.8 veces; a la falta de vitalidad con 1.4 veces el riesgo y al malestar mental con 2.1 veces el riesgo, siendo las diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 9).

En general el personal clínico mostró una gran preocupación por la falta del control de estatus (salario). Lo anterior concuerda con lo ya mencionado en el análisis de las condiciones de trabajo, en el sentido de que existe un 41% del personal clínico que no tienen reconocida su categoría salarial, ello aunado a que el 47%, no ha tenido un ascenso de categoría desde que empezó a laborar en el hospital y considerando que el 68% de los encuestados tiene una antigüedad mayor a 5 años, tal como se aprecia en la tabla 5.

Al hablar especialmente de la inseguridad contractual unida a la movilidad funcional y cambios en el horario y la jornada, debemos referirnos únicamente a los residentes, pues realmente son ellos quienes padecen las condiciones de trabajo más precarias. Rescato algunos comentarios vertidos en la encuesta...

Nuestra beca es de r4 y somos subespecialistas. Existe un abandono en cuanto a las condiciones generales de trabajo y el ambiente laboral, el salario percibido presenta 2 años por debajo de lo justo.

Referente al *pobre apoyo social de jefes y refuerzo*, es muy importante recibir información detallada sobre cómo se realiza el trabajo, así se pueden detectar fallas y facilitar el aprendizaje y el desarrollo de habilidades (altamente positivo para el bienestar del trabajador), lo cual constituye la base para un *trato* justo. Se destaca que la falta de comunicación se presenta de forma importante en el personal clínico. Se determinaron asociaciones estadísticamente significativas con la salud mental, vitalidad, síntomas conductuales y satisfacción en el trabajo de médicos y psicólogos.

El modelo demanda- control de Karasek, ampliado por Johnson y Hall, que incluye el apoyo social como su tercera dimensión, es el modelo más adecuado que define la labor de médicos y psicólogos, se trata de un trabajo de alta exigencia mayoritariamente cualitativa, con falta de autonomía o control y un pobre apoyo social, especialmente de los jefes. La mejora del apoyo social puede ser un elemento esencial en las estrategias de prevención.

Es necesario fomentar la comunicación, cooperación y prestación de ayuda entre compañeros y jefes. Introducir mejoras en la calidad de liderazgo y en el refuerzo. Ya que según Senge ⁴⁷ Una perspectiva *técnico-racional* dominante ha situado al liderazgo con la función de influir los resultados de la organización, afectando a las mentes y conductas de los subordinados. Su rol es jerárquico, de ahí que los estudios sobre el liderazgo se hayan concentrado en los directivos o gestores, sin entender que puede estar en toda la organización.

Además, los líderes son necesariamente individuos que poseen ciertos atributos, Senge ha desarrollado una interesante concepción del liderazgo, acorde con las organizaciones que aprenden. En lugar de enfoques personales (carisma, visión, cualidades), Senge apuesta por una ecología del liderazgo, de modo que -como cualidad de la organización - genere el liderazgo múltiple de los miembros y grupos, siendo - por tanto - algo compartido. Es decir se trata de una *concepción democrática o comunitaria del liderazgo* de equipos y organizaciones, capaces de dirigirse a sí mismos, en un poder colectivo y una autoridad informal, liderazgo que funciona por la inclusión, iniciativas y cooperación de todos los implicados.⁴⁷

He estado en una situación de incertidumbre que impide un desarrollo óptimo. Es importante que se tome en cuenta la ansiedad que generó la amenaza de reubicación del hospital y la desintegración de los grupos.

La falta de *previsibilidad* se asoció prácticamente con todo: El malestar mental, la falta de vitalidad, mayor estrés y la insatisfacción en el trabajo (Tabla 9). En este tema será sumamente importante tratar en todo lo posible de establecer un diálogo con los actores políticos (sindicato, autoridades del hospital y de los servicios de atención psiquiátrica a fin de promover una sensibilización en cuanto a la necesidad de proteger el bienestar y la integridad mental de los proveedores de la salud mental.

Acerca de la *falta de control sobre los tiempos de trabajo*, es muy importante que se brinde al personal clínico un determinado poder de decisión sobre sus tiempos de trabajo y descanso, ello representaría una ventaja y mejoraría sus condiciones de trabajo, que podrían apreciar a efecto de poder conciliar la vida laboral y familiar. Esta investigación comprobó que un bajo nivel de autonomía, en cuanto al control sobre los tiempos de trabajo se relaciona con una falta de vitalidad y los síntomas cognitivos y conductuales de los médicos y psicólogos del hospital encontrando asociaciones estadísticamente significativas en estas exigencias (Tabla 9).

En este rubro es determinante la comunicación que existe entre los jefes inmediatos y sus subordinados, mandos medios y directivos, tanto vertical como horizontalmente, incluye la comunicación entre compañeros, de otra manera seguirá existiendo ese abismo entre las partes, persistiendo el conflicto.

De los componentes humanizantes del trabajo clínico del hospital

Se concluye que realmente el personal clínico encuentra que su trabajo tiene gran significado o sentido, esto le permite relacionarlo con otros valores o fines, que el estar simplemente ocupado y recibir un salario a cambio, por lo que podrán afrontar más positivamente las dificultades que se les presentan durante su

jornada. Encuentro relevante recuperar algunos comentarios de los encuestados que pueden ilustrar su percepción:

Me parece que en lo laboral es muy satisfactorio la forma profesional en que la ejerzo, pero el ambiente es de autoritarismo y prepotencia en muchas de las decisiones que toman las autoridades, ya que no existe un ambiente de comunicación y cordialidad, mucho menos de compañerismo, siendo muy necesario para nuestro ambiente laboral. Se requiere del trabajo en equipo interdisciplinario para tener mayores logros.

Considero al hospital un lugar extraordinario para trabajar, aprender y enseñar a otros. Es un lugar donde uno aprende por el tipo de pacientes que llegan a investigar o implementar el tratamiento y darlo a conocer a otros. Sin embargo, considero que a pesar de ser un hospital tan importante es un hospital abandonado por las autoridades en todos los aspectos. El hospital funciona gracias al personal interesado que quiere que funcione, pero su presupuesto está muy limitado para todo, hasta para remodelarlo. Además la gente que dirige al hospital considero que lo ha hecho mal, no hay programas, orden, estructura. Hay favoritismo hacia la gente y se premia a la gente que no es productiva.

En los 21 años que llevo en el hospital ha sido la peor directiva que ha habido, faltándole estudio y preparación para dirigirlo.

Mi trabajo a nivel profesional es muy gratificante, a nivel instrumental muy deficiente y a nivel laboral es fatal. Mis posibilidades de desarrollo y aprendizaje a nivel clínico son insuperables, desgraciadamente las circunstancias actuales de incertidumbre en cuanto al futuro del hospital son muy dañinas para todos los trabajadores y usuarios. La autoridad no tiene compromiso ni ética.

Aunque a la *claridad del rol* se le puede considerar una dimensión positiva para el personal clínico quedan aún aspectos que reforzar en cuanto a la claridad del rol, por lo que deberán tomarse como oportunidades para mejorar la comunicación, los directivos deberán acercarse al personal clínico para darles a conocer qué esperan de ellos en el trabajo y a su vez establecer, pactar y negociar el nivel de

autonomía que tienen ellos en su puesto. Además se podrán evitar las causas objetivas de indefensión de los trabajadores, frente a críticas de sus superiores o imposición de cambios no deseados en las tareas o condiciones de trabajo. (Será necesario evitar que la excesiva normatividad conlleve a menores niveles de autonomía).

Limitaciones del presente estudio

Se destaca el hecho de que el presente estudio no se trata de un... "estudio de causalidad que usan investigaciones para las que existen períodos de latencia más prolongados. El presente, se trata de un estudio en donde se toman en cuenta las dimensiones de salud, estrés y satisfacción, las cuales no son medidas de enfermedad, sino del nivel de salud, las de estrés (síntomas conductuales, somáticos y cognitivos), los cuales son medidas de efectos proximales (con períodos de latencia mucho más cortos, más cercanos a la salud que a la enfermedad), los que constituyen de hecho precursores de los efectos más distales (por ejemplo, de enfermedad cardiovascular), mientras que la satisfacción constituye una medida más indirecta y general de un efecto también proximal de las condiciones de trabajo, pero no es un efecto de salud".

Los datos obtenidos en el presente estudio aportaron evidencias de validez de constructo del método, puesto que las asociaciones entre las dimensiones psicosociales y las dimensiones de salud y estrés van en la misma dirección que las observadas en la metodología utilizada, pero no representan necesariamente relaciones causales, entre la exposición a una determinada dimensión psicosocial y el nivel de salud, estrés y satisfacción, debido fundamentalmente a que su diseño es transversal y ello no le permite asegurar la direccionalidad de las asociaciones, pero se pretende que una vez ya probada en trabajadores mexicanos, se pueda extrapolar a otros hospitales o instituciones gubernamentales, que deseen mejorar su organización de trabajo.

A su vez debe tenerse en cuenta lo que...“la epidemiología denomina sesgo de selección, en concreto, el efecto del trabajador sano. Las asociaciones serán con base en población sana, personal que en el momento de realizarse la encuesta estaba presente en su puesto de trabajo, o sea que ni siquiera estaba en situación de incapacidad transitoria por enfermedad. Ello implica que podrían existir un mayor número de asociaciones y que éstas podrían ser más fuertes, si se hubiera podido obtener información de la población dependiendo de su estado de salud.

Otra limitación fué que se dio la oportunidad a la población encuestada de contestar el cuestionario en casa, pudiendo presentarse algún sesgo, sin embargo debido a que los participantes atienden a pacientes que han sido citados con tres meses de anticipación, de otra forma no hubiera sido posible encuestarlos.

Del análisis al interior de los grupos y debido a que el colectivo de los médicos adscritos presenta mayor exposición en cuanto a la duración y frecuencia, ya que han presentado mayor tiempo de exposición, ello sugiere que a mayor exposición los daños a la salud se asocian a sus períodos de latencia en el siguiente orden: 1. Síntomas conductuales y cognitivos. 2. Falta de vitalidad como sucedió en el grupo de los residentes y 3. Niveles de salud mental que pueden ser precursores de enfermedades distales tales como enfermedades cardiovasculares.

Esta puede ser la razón, por la que los médicos residentes aún no perciben tales exigencias con la intensidad, frecuencia y duración que los adscritos, sin embargo no se puede soslayar su malestar ya latente en cuanto a sus condiciones de trabajo, que se pueden definir como precarias (ambientes físicos pobres, deterioro y empobrecimiento causados por la falta de recursos al hospital, clima laboral inadecuado, rotación de puestos de trabajo y turnos inclusive nocturnos en fin de semana, inseguridad laboral, baja estima, pobre apoyo social por parte de jefes y compañeros), por lo que dichas condiciones en tanto nocivas presuponen un deterioro en su calidad de vida.

Es de cuestionarse la razón por la cual las diferencias en el perfil de exigencias entre las tres poblaciones comparadas son tan pobres (exhibidas en la tabla 10), y casi ninguna diferencia significativa, excepto en el trabajo doméstico, que es la única actividad fuera del trabajo asalariado.

Es interesante pensar las razones de esto. ¿Será porque hay más semejanzas que diferencias entre la actividad laboral de estos grupos o porque se tiende a referir por muchos este tipo de problema y entonces no se pueden apreciar las diferencias cualitativas, o porque el instrumento no es lo suficientemente adecuado para explorar estas diferencias o porque las exigencias están muy agrupadas y no se pueden distinguir los detalles?

Debido a que el objetivo principal de la metodología utilizada es la evaluación de los problemas y no de las personas, es muy probable que por ello no se hayan encontrado diferencias cuantitativas importantes entre los grupos de trabajo estudiados.

Dirección futura de nuevos estudios

a) Propuestas para mejorar la organización del trabajo grupo de los adscritos

Es importante la priorización de las intervenciones necesarias, ordenadas a manera de sentar las bases técnicas, dando pie a que surja el diálogo social, buscado su accesibilidad. Contiene dos criterios clave:

- ❖ Las exposiciones identificadas como dañinas deberán servir como oportunidades para intervenir en las áreas de mejora de la organización del trabajo.
- ❖ Oportunidad en términos de factibilidad, costo y accesibilidad.

1. Desde el punto de vista de la prevención, lo importante aquí será acordar un plan de trabajo realizable, por lo que se propone establecer el diálogo entre todos

los actores político sociales (directivos, representantes de los trabajadores asesorados y con conocimiento del tema, representante sindical).

2. La formación de un comité para la prevención de riesgos y salud de los trabajadores, sería de gran utilidad a efecto de poder dar seguimiento a los acuerdos.

3. Será importante, un diagnóstico específico sobre los casos de burn-out y fatiga crónica en este grupo, y por supuesto el comité que se forme será responsable de darles seguimiento.

4. Se explica la presencia de las exigencias psicológicas cuantitativas, pues el 86% del total de la población contestó que tiene que trabajar muy rápido, el 70% afirmó que la distribución de sus tareas es irregular y provoca que se les acumule el trabajo. Desde el punto de vista de la prevención, estas exigencias, deben adecuarse al tiempo disponible para el trabajo.

Es necesaria una buena planificación y programación como base de la asignación de tareas y contar con la plantilla necesaria para la realización del trabajo que recaerá en el hospital o el establecimiento de indicadores de tiempo/consulta primera vez, tiempo/consulta subsecuente, consultas/día, consultas/mes, promoviendo más la calidad de la atención que el número de pacientes que se puedan atender. Establecer parámetros de acuerdo a las guías clínicas probadas.

Deberá a su vez privilegiarse el aumento de influencia sobre el trabajo, dando oportunidad a todos de que opinen acerca de la mejor manera de sacar adelante el trabajo (reuniones periódicas), oportunidades para el desarrollo de habilidades y promover el apoyo entre compañeros y superiores jerárquicos son elementos importantes que ayudan a manejar los niveles elevados de exigencias de manera más saludable.

5. Las exigencias psicológicas emocionales, están presentando un equilibrio muy complicado para los médicos adscritos, dado que estas exigencias son parte integrante del trabajo dirigido a la atención de pacientes, no es posible cambiarlas

mucho, sin embargo aumentar las habilidades individuales para manejar estas cargas ayuda, (formación, supervisión y estrategias de protección psicológica, además de fomentar el apoyo social entre compañeros y la dirección).

6. Las exigencias psicológicas de esconder emociones, se explican pues el 55% opina que su trabajo requiere que se calle su opinión y el 71% afirma tener que esconder sus emociones. Aquí será importante dejar claro que el paciente y/o el jefe no siempre tienen la razón, ya que esta exigencia puede tener tres orígenes: los pacientes, los compañeros o los jefes. Deberá darse oportunidad a los médicos para que expresen cuál es el origen y dialogar acerca de las alternativas de solución.

7. En cuanto al pobre apoyo social de jefes y una pobre calidad de liderazgo, estas dos exigencias están estrechamente relacionadas. Desde el punto de vista de la salud, es necesario que los jefes inmediatos y superiores, realicen una gestión del personal justa, democrática y responsable, por lo que se vuelve indispensable que adquieran las habilidades suficientes, para realizar sus tareas de forma eficaz y saludable, especialmente en cuanto a la gestión de equipos humanos. Las conductas y actitudes que serán intolerables serán: la falta de respeto, agresiones verbales o físicas, trato injusto y discriminación.

8. La intervención para aumentar el refuerzo tiene que ver con la función de los mandos medios superiores, quienes deben tener la formación necesaria para ofrecer el apoyo instrumental sobre la forma en cómo se trabaja. Será necesario que los mandos medios presenten un programa específico sobre cómo resolverán esta falta de comunicación con sus subalternos y establecer un diálogo de cómo realizar sus tareas de forma eficaz y saludable. Si no tienen las habilidades será necesario que las desarrollen, por medio de su capacitación.

9. Es necesario que los jefes se aseguren de que todos los integrantes de su equipo se sientan parte del grupo, debe evitarse la competencia, los conflictos

entre compañeros y jefes, el acoso y el clima laboral malsano, el sentimiento de grupo se fortalecerá a su vez mejorando la calidad del liderazgo, el apoyo social de los jefes y el refuerzo.

10. En cuanto a la inseguridad, deberán revisarse los casos en los que no se encuentre reconocida la categoría salarial de los médicos adscritos, será necesario luchar por que se les reconozca dicha categoría.

11. En cuanto a la falta de previsibilidad se propone elevar una propuesta a las autoridades competentes, a fin de evitar los intentos de reubicación del hospital y establecer los canales de comunicación adecuados con la base trabajadora, a fin de comunicarles cualquier proyecto que se tenga que afecte su vida y así evitar el estrés que han generado los intentos de reubicar el hospital.

Se destaca el hecho que por lo que se refiere al empleo, se precisa de toda la información necesaria para hacer bien el trabajo, pero también el empleado necesita conocer con antelación cualquier futura reestructuración, cambio, nuevas condiciones, nuevas tareas, tecnologías.

12. Es importante, si se desea implementar estrategias de prevención, que se desarrollen adecuadamente las políticas y herramientas de comunicación del hospital. Aquí se incluye la previsibilidad y la comunicación vertical y horizontal del total del personal clínico.

13. Valorar y premiar el esfuerzo, resultados, aportaciones más que la permanencia.

b) Propuestas para mejorar la organización del trabajo, grupo de residentes

1. Desde el punto de vista de la prevención, se propone acordar un plan de trabajo realizable, por lo que se convocará a dialogar a los directivos, representante/s de los médicos residentes, representante sindical, investigadores, comité de prevención.

2. La formación de un comité para la prevención de riesgos y salud de los trabajadores.
3. Será importante, un diagnóstico específico sobre los casos de burn-out y fatiga crónica en este grupo, y por supuesto el comité que se forme será responsable de darles seguimiento.
- 4.- Revisar su categoría salarial y ver la posibilidad de que les sea reconocida en caso de presentar inequidad.
5. Eliminar la competencia entre compañeros y fomentar el apoyo, ofrecerse el apoyo necesario y suficiente en las situaciones difíciles, en el momento requerido.
6. Eliminar hasta donde sea posible el trabajo aislado, organizarlo en grupos, pares o adoptar las propuestas de ellos mismos, fomentar el trabajo en grupo.
7. Garantizar el respeto y el trato justo. El trabajo justo y democrático, como premisa esencial.
8. Fomentar el apoyo desde la dirección, mandos medios, jefes, proporcionando formación y habilidades directivas no autoritarias.
9. Buscar formas de reconocimiento hacia su labor, un salario lo más adecuado a sus exigencias de trabajo, promover la estima, otorgar premios como bonos, vales y también reconocimiento de sus superiores por escrito u otros.
10. Valorar y premiar el esfuerzo, resultados, aportaciones más que la permanencia.

Una excesiva presión en el trabajo incrementa el estrés. Se deben pactar normas y ritmos realistas de acuerdo con el tiempo y los recursos disponibles.

Debe existir variación entre las actividades más y menos creativas, de forma que se distribuyan equitativamente.

c) Propuestas para mejorar la organización del trabajo de los psicólogos.

1. Desde el punto de vista de la prevención, se propone acordar un plan de trabajo realizable, por lo que se convocará a los actores políticos a sentarse a dialogar los (directivos, representante/s de los psicólogos, responsables de la organización, investigadores, comité de prevención).

2. Deberá formarse un comité para la prevención de riesgos y salud de los trabajadores.
3. Será importante, un diagnóstico específico sobre los casos de burn-out y fatiga crónica en este grupo y por supuesto el comité que se forme será responsable de darles seguimiento.
4. Revisar los casos con categoría salarial no reconocida.
5. Otras investigaciones han demostrado un efecto muy positivo al aumentar el control sobre los tiempos de trabajo, en un doble sentido, poder disponer de los tiempos de descanso cuando éstos son más necesarios para las personas, por lo que se recomienda flexibilizar la jornada y horarios (crear bancos de tiempo). En la medida de lo posible otorgar el poder de decisión sobre los tiempos de trabajo y descanso (pausas, vacaciones, fiestas).
6. Eliminar la competitividad entre compañeros y fomentar el apoyo, ofrecerse el apoyo necesario y suficiente en las situaciones difíciles, en el momento requerido.
7. El pobre apoyo social de jefes se relaciona con la calidad de liderazgo, desde el punto de vista de la salud, es necesario que los jefes inmediatos y superiores, realicen una gestión del personal justa, democrática y responsable, por lo que se vuelve indispensable que adquieran las habilidades suficientes, para realizar sus tareas de forma eficaz y saludable, especialmente en cuanto a la gestión de equipos humanos. Las conductas y actitudes que serán intolerables serán: la falta de respeto, agresiones verbales o físicas, trato injusto y discriminación.
8. Falta de previsibilidad: (Idem para los otros grupos de trabajo)
9. El aumentar el nivel de influencia y tomar en cuenta la opinión de las personas involucradas acerca del (orden, métodos a utilizar, tareas a realizar y la cantidad de trabajo), suele ayudar a resolver este tipo de conflictos, los cuales pueden afrontarse de forma más saludable mediante estrategias de formación y de protección personal.
10. Valorar y premiar el esfuerzo, los resultados, las aportaciones y logros y no la permanencia.

Conclusiones

En México, como país latinoamericano, por mucho tiempo las políticas, los problemas y los intereses de los trabajadores de la salud han estado fuera de la agenda prioritaria del sector. Ello, a pesar de una frecuente retórica que ha resaltado la esencia de los recursos humanos.

Los resultados de las investigaciones realizadas en Suecia desde 1977 y consideradas como leyes a partir de 1991, son evidencias coincidentes con las detectadas en la población clínica del hospital.

Sin embargo en nuestro país aun faltan varios obstáculos que salvar, para llegar a legislar acerca de la prevención y protección de la salud de los trabajadores, en primer lugar será necesario promover la investigación acerca de las formas nocivas de organización del trabajo y de cómo estas están aumentando los niveles de estrés, causando malestar mental y falta de vitalidad en la población clínica del hospital. La propuesta puntual es difundir los resultados de este trabajo, entre los actores políticos dentro de las instituciones de salud y extrapolarlo a todo el sector y después a todos los sectores de la población.

Es urgente la necesidad de legislar para proteger el bienestar de las personas en el trabajo, es por ello que la difusión de los resultados de esta y otras investigaciones deberán darse a conocer a los actores políticos, con el fin de que los esfuerzos realizados no sean en vano.

Existe controversia en el contexto nacional en el sentido de que en la iniciativa de reforma laboral actual que propone el gobierno federal subyace la lógica de dismantelar las conquistas sociales de los trabajadores mexicanos. La argumentación del gobierno es que se requiere cambiar la ley laboral para que el país sea competitivo e incremente su productividad, eliminando obstáculos para el desarrollo y esos obstáculos son los trabajadores. Dicha reforma se apega a los principios neoliberales que atentan en contra del bienestar de los trabajadores

pues tienden a deshumanizar el trabajo, propiciando inestabilidad, falta de autonomía y en general una organización en donde el trabajador no tiene participación alguna.

Hasta ahora el discurso de los actores políticos en cuanto a la dirección de los esfuerzos para lograr en nuestro país un verdadero desarrollo sustentable en donde las personas logren un bienestar en el sentido amplio, que abarque tanto su esfera socioeconómica, como el concerniente a su calidad de vida, salud y trabajo.

Todos los esfuerzos del gobierno actual y aun los anteriores, han estado fundamentados en el aumento de la productividad, como fin primordial y último, ignorando que para lograr la competitividad y la productividad es necesario que las personas que la realicen gocen de salud tanto física como mental, así como necesario es que sean vitales.

Recordando que el ser vitales implica más que estar vivos, el crecimiento sistemático y la realización de nuestras propias potencialidades físicas, espirituales, profesionales, sociales y económicas, en donde el trabajo significa el encauzamiento de nuestra energía vital, física, emocional y mental, por lo que el trabajar representa una forma sana de vivir y una condición de vitalidad.

Los resultados de la presente investigación han logrado evidenciar que el origen del problema es la mala organización del trabajo, lo cual está siendo causa de estrés, falta de vitalidad y malestar mental en el personal clínico del hospital, a consecuencia de lo anterior se obtiene una mala productividad, lo que repercute en la falta de competitividad de nuestras instituciones.

Hay consenso entre los estudiosos, investigadores y expertos en la salud laboral, en el sentido de que si existiera una reforma laboral, esta debería ser planteada tomando en consideración el bienestar mental, físico y social de las personas, de lo contrario no habrá forma de llegar a ser productivos, ya que los únicos que pueden llevar a cabo los cambios que conlleven cualquier mejora hacia la

productividad son los recursos humanos vitales, con un bienestar físico y mental y con niveles de estrés laboral aceptable.⁴⁸

En 2002 entró en vigor la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en España, en donde el gobierno dictó las medidas para reformar la Ley de riesgos, sus objetivos fueron: Reforzar la necesidad de integrar la prevención de los riesgos laborales en los sistemas de gestión y la vigilancia de la salud de los trabajadores y el establecimiento de criterios de calidad y eficacia.

En general la experiencia Española deja ver que los servicios de prevención tienen que realizar doble función: gestionar y ejecutar todas las actividades relacionadas con la evaluación de riesgos y la salud de los trabajadores y actuar como asesores de la Institución en materia de prevención. Otra estrategia aquí fue incluir la mejora de la calidad en la prevención.

Por lo anterior expuesto se vuelve necesario considerar de forma seria la propuesta de convertir en iniciativa de ley la protección del bienestar y la salud en el trabajo, ya que se cuenta con la evidencia de la nocividad que provoca la mala organización del trabajo, por lo cual debería ser normada y reglamentada.

Para ello se propone concientizar acerca de cambiar la organización del trabajo teniendo como criterio no sólo las necesidades institucionales, sino también la salud y el bienestar de las personas, eliminando la competencia y promoviendo el apoyo social de superiores y compañeros en la realización del trabajo, incrementando las oportunidades de aplicación y desarrollo de las habilidades y conocimientos en la realización del trabajo, garantizando el trato justo, la estabilidad en el empleo y una mejora en las condiciones de trabajo.

Como los demás problemas laborales, el estrés necesita ser controlado en su origen. El control del estrés laboral debe comenzar con el reconocimiento de que es necesario el rediseño de los puestos de trabajo y la reorganización de los mismos.

Algunas políticas gubernamentales en México han tratado de reducir los efectos del estrés por medio de campañas de «estilos de vida», promoviendo la comida y vida sana. Estas campañas pueden ayudar a la población trabajadora a reducir los efectos causados por el estrés, pero no atacan las causas.

La acción sindical no puede limitarse a buscar soluciones una vez que el daño ya ha sido causado, si no que deberá enfocar sus esfuerzos en prevenir la enfermedad y promover la salud. Los sindicatos deben mostrar a los trabajadores que el estrés laboral es un problema causado por la organización del trabajo. Para ello, es necesario darles la información suficiente acerca de las causas del estrés laboral, así como las recomendaciones de cómo puede ser reducido.

El Hospital Psiquiátrico Infantil forma parte de un conglomerado de instituciones con características similares en cuanto a la organización del trabajo, que continúa basándose en viejos principios que relegan a las personas a obedecer órdenes y realizar tareas que otros han diseñado, en las que no se tiene ninguna influencia.

A su vez ofrecen menos estabilidad y obstaculizan más el control de nuestras vidas fuera de las instituciones, fomentan la competencia entre compañeros, llegando así a deshumanizar cada día más el trabajo.

En el contexto de las organizaciones, los líderes y directivos, junto con los especialistas en desarrollo humano y organizacional deberán ser capaces de evolucionar a la velocidad de los cambios impuestos por la época postmoderna que nos ha tocado enfrentar y lograr integrar el valor de la persona a la eficiencia organizacional.

¿Pero cómo lograr esa integración, entre seres y organizaciones? Al parecer se vuelve necesario crear un puente entre estas dos entidades, uniendo sus objetivos y sus valores, ya que en realidad son interdependientes, pues las organizaciones sin personas que las impulsen, sin su fuerza de trabajo y vitalidad simplemente no existirían.

¿Y cómo mantener vivas las organizaciones, quién podrá impulsarlas y dotarlas de vitalidad, energía y motivación para mantenerlas con la vitalidad necesaria en constante crecimiento, desarrollo y actualización?

Si se parte de la premisa de que el ser vitales implica más que estar vivos, el crecimiento sistemático y la realización de nuestras propias potencialidades físicas, espirituales, profesionales, sociales, económicas, en donde el trabajo significa el encauzamiento de nuestra energía vital, física, emocional y mental, por lo que el trabajar representa una forma sana de vivir y una condición de vitalidad.

Finalmente el trabajo viene a ser la forma de trascender y de ser un auténtico "ser humano". Erich Fromm señala que el hombre tiene dos caminos para trascender, uno es el trabajo y el otro es la relación de amor. El reto vital consiste en trascender creando o trascender destruyendo. Por ello se afirma que el hombre vital desarrolla sus potencialidades, en lugar de existir destruyéndose.

Queda de manifiesto que por su naturaleza profesional y práctica que el management puede intervenir en los procesos de gestión, con el fin de introducir mejoras, logrando elevar los niveles de calidad del desempeño de las instituciones inmersas en la globalidad.

Las escuelas de altos estudios de negocios apoyan el management como alternativa viable para descifrar la administración de las instituciones latinoamericanas, aunque afirman que sus especificidades continúan siendo un reto, es decir, el despliegue de un modelo de análisis, que permita aplicar creativamente la teoría administrativa que ha adquirido un estatus de naturaleza cuasi universal en México.⁴⁹

Aunque se requiere una fuerte integración con enfoque interdisciplinario conectando los estudios organizacionales o manageriales con las ciencias sociales básicas para descifrar un paradigma que explique más nuestra cultura.⁴⁹

La patogenicidad del estrés laboral, alerta sobre la urgente necesidad de introducir medidas de regulación y prevención en la salud laboral. Además se aclara la necesidad de implementar cambios organizativos a fin de evitar perfiles destructivos de vida laboral que alcanzan niveles preocupantes en el personal hospitalario, particularmente en cuanto a las formas nocivas de la organización del trabajo, que generan, estrés, malestar mental y falta de vitalidad en la población clínica.

Con lo antes planteado no hay duda de que es necesario el repensar tanto individual como de forma colectiva en nuestros patrones de vida humanos, de intensificación del ritmo social y de un sometimiento a necesidades artificiales que favorecen la alienación, por lo que se requiere sensibilizar, concientizar y convencer de la necesidad de buscar patrones de vida más humanos tanto en la vida personal, como en el campo laboral.

Conceptos indispensables a fin de legislar, teniendo en cuenta que la prevención es posible:

- El trabajador deberá tener la oportunidad de participar en la organización de sus tareas, pudiendo opinar sobre la mejor manera de realizarlas, así como un mayor control sobre los ritmos de trabajo.
- Las nuevas tecnologías deberán incorporarse de tal forma que no dañen la salud física y mental del trabajador.
- Evitar el doblar turnos inclusive nocturnos en donde se compruebe que la salud del empleado esté en riesgo.
- Las condiciones de trabajo deberán proveer oportunidades de desarrollo a los empleados así como su propia autodeterminación.
- Eliminar el trabajo en condiciones de aislamiento social.
- Promover el apoyo social entre compañeros y jefes.
- Trabajo en equipo: proveer oportunidades para el apoyo y la cooperación

- Establecer como obligatorio el que los jefes desarrollen las habilidades necesarias para formarse más como líderes que como jefes y que reciban la capacitación necesaria para ejercer un liderazgo positivo y motivante.
- Evitar el autoritarismo, y no aceptar abusos tales como: (acoso laboral, injusticias, maltrato, mobbing, agresiones verbales o acoso sexual).
- La organización del trabajo deberá diseñarse evitando los controles estrictos y de forma que las tareas sean variadas y con sentido.
- Asignar categorías y salarios justos, acordes con las tareas del puesto.
- Flexibilidad horaria y de jornada acorde con las necesidades de las personas y no sólo con la producción.
- Propiciar la estabilidad en el empleo.

Es importante mencionar los aportes logrados con el uso de la metodología ISTAS 21 CoPsoQ en otros países europeos, especialmente en Suecia, Dinamarca y España, ya que una nueva organización del trabajo en estos países ha significado:

- Un contenido más rico en el empleo
- Mayor dignidad de los trabajadores
- Mayor solidaridad entre las personas
- Incremento en la actividad sindical

Los logros alcanzados indican que los ingredientes claves del éxito son:

- Empoderamiento de los trabajadores
- La autonomía del trabajo
- Las buenas relaciones entre directivos y empleados.

Opciones estratégicas para la promoción de la salud en el lugar de trabajo

Los programas de fomento a la salud, si están bien planeados, dirigidos y ejecutados, pueden ser muy eficaces y requerir muy poca inversión; su

rentabilidad está fuera de duda. Por eso, las instituciones bien informadas se han dado cuenta de que estos programas no son un lujo sino una necesidad, una estrategia básica para mejorar la eficacia, porque:

- ofrecen réditos a las instituciones
- mejoran la calidad de vida de cada trabajador
- son uno de los métodos más eficaces de fomentar estilos de vida más sanos en el conjunto de la población.⁵⁰

Existen varios métodos para abordar el proceso de trabajo, la metodología utilizada logra abordarlo de forma instrumental, aunque no de forma total, lo cual supone un avance, ya que este trabajo pudo identificar la esencia del problema, que es la desvinculación entre el trabajo médico y el de gestión, logrando así un diseño de la organización del trabajo más eficiente.

Considero que Durkheim explica esta problemática muy bien: al describir como la desaparición de los valores de los vínculos de cohesión, que mantienen el orden social y que en la realidad son los que despiertan la conciencia colectiva ocasionan la "Pérdida de estabilidad social" o anomia (sin ley), de la cual se desprenden los sentimientos de ansiedad e insatisfacción.

Para él, la sociedad no es una realidad sui generis producida por los seres humanos al asociarse. Es también, por decirlo así, la garante de la civilización. Todos esos hechos sociales de creación colectiva son quienes poseen la llave del progreso humano. Fuera de la sociedad, sin vida social, aislado de los demás, el hombre, no habría superado el nivel de la animalidad.

Además, si la sociedad no se proyecta sobre el individuo a través de esa coacción que el hecho social ejerce sobre sus formas de actuar y de pensar, el ser humano carece de otra norma de actuación que no sea el egoísmo, los impulsos de su particularidad. Así pues, el ser humano aparece en una permanente tensión entre,

"lo" social, aquello que recibe de la sociedad, y de otro, "lo" individual: lo primero tiende a imponer a cada cual modos de pensar y de actuar que le abran la vía de la civilización; lo segundo tiende a no conocer otros límites que la propia particularidad, siendo el resultado la desaparición de vida social.

Sin embargo los métodos revisados coinciden en que las intervenciones en salud organizacional deben reconstituir la identidad social de sus miembros, así como el apoyo, la comunicación y la formación de liderazgos ecológicos en donde las personas participen, opinen y puedan coordinarse para el mejor desempeño de sus funciones .⁵¹

Referencias bibliográficas

1. Comité OIT/OMS Identificación y control de los factores psicosociales nocivos en el trabajo. Informe del comité mixto OIT/OMS de medicina del trabajo. Novena reunión, Ginebra. Sept. 18-24 1992.
2. Levi L. Work, worker and wellbeing. A healthier work environment. Basic concepts and methods of measurement. Proceedings of an international meeting. Stockholm 27-30 May 1991.
3. Gutiérrez, A.M. El management: una alternativa de dirección empresarial. Quipukamayoc. 2000, primer semestre: 137-142 UNMSM. Facultad de Ciencias Contables. ISSN versión electrónica 1609-8196.
4. AMIS's spørgeskema om psykisk arbejdsmiljø (NIOH's questionnaire on psychosocial work environment). Copenhagen: Arbejdsmiljø instituttet. 2000.
5. Breilh J. Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas de Quito. 1991.
6. Ley Federal del Trabajo. Sexagésima segunda edición. Editorial SISTA S.A de C.V. 2009: 102-154.
7. Mesa-Lago C. Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe. Su impacto en los principios de Seguridad Social. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2004.
8. Programa de Acción de salud mental. Secretaría de Salud. México, D.F 2001.
9. Manual de procedimientos del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". 2007; 67-71.

10. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Conferencia Internacional del Trabajo, 97ava. Reunión. Informe V Calificaciones para la mejora de la productividad, el crecimiento del empleo y el desarrollo. 2008.
11. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración 7º Edición. Fuentes digitalizadas. 2007 <http://www.faq-mac.com/mt/archives/014015.php>. Consultado en internet el día 20 de enero de 2010.
12. Muñoz B. La cultura como vacío. Quinta parte. La post-modernidad como ilustración. 2005.
13. Di Martino V, Karasek R .Preventing stress at work. Conditions of work digest 1992; Vol 11 (2) Existe una traducción al castellano en: INSHT. Condiciones de Trabajo número 8: La prevención del estrés en el trabajo. Madrid: INSHT .AMIS's spørgeskema om psykisk arbejdsmiljø (NIOH's questionnaire). 49.1996.
14. Frankenhaeuser M. A biopsychosocial approach to work life issues. International Journal of Health Services. Planning, administration, evaluation. PMID: 2684874 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Department of Psychology, University of Stockholm, Sweden.1989; 19 (4):747-58.
15. Grossi G, Theorell T, Jürisoo M, Setterlind S. Psychophysiological correlates of organizational change and threat of unemployment among police inspectors. Department of Biological Psychology. University of Stockholm. Frescati Hagväg 14, 0691Stockholm, Sweden. 1999; 34 (1)
16. Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. Admins Sci Q Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job decision. 24:285-308. 40. 1979.
17. Canepa C, Briones JL, Pérez C, Vera A, Juárez A. Programa Fogarty, Mount Sinai University, NY, USA. Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de servicios de salud en Chile. 2º Foro de las

Américas en Investigación sobre factores psicosociales. Estrés y Salud Mental en el Trabajo. Concepción y perspectiva local de un fenómeno global. 2008.

18. OIT Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo. Karasek R, Theorell T (1977) Johnson J, Hall E. Introducción del apoyo social como la tercera dimensión de este modelo (modelo demanda - control - apoyo social).1988

19. Macías MD, Fernández-López JA, Hernández-Mejía R, Cueto-Espinar A, Rancaño I, Siegrist J. Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo desequilibrio esfuerzo - recompensa. Med Clin (Barc) 2003; 120(17):652-7.

20. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Fisiología del estrés. 2006; 6-7.

21. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. 2006; 6-7.

22. Comisión Europea. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo -¿la «sal de la vida» o «el beso de muerte»? Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2000.

23. García A M., Santibañez M., Soriano G. Utilización de un cuestionario de salud percibida en vigilancia en la salud de los trabajadores. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. División de Prevención y Medioambiente. SGS TECNOS, S.A. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Valencia España. Archivo de Prevención de Riesgos Laborales 2004; 7 (3): 88-98. (*) Este trabajo recibió el XV premio en Salud Laboral convocado por la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball, 2003.

24. Bonicatto S., Soria J J. (WHOQOL). Los instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Manual del usuario. La Plata. CATA.1998.

25. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del «SF36 Health Survey» (Cuestionario de Salud SF36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, & Gandek. Medicina Clínica 1995; 104(20):771-776. 53.
26. Setterlind S. citado en: Naughton M.J; Shumaker, S.A.; Anderson R.T.; Czajkowski, S.M. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Spilker, B., New York, Lippincott-Raven. 1966 Cap. 15, 117-131.
27. Organización Panamericana de la Salud. Universidad de Antioquia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Hacia un plan operativo de salud mental para Antioquia. 2003.
28. Casares D. Colección empresarial. Planeación de vida y carrera. Vitalidad personal y organizacional. Desarrollo Humano y crisis de madurez. 2da. edic. México, Limusa, 2005.
29. Semmer N. Job Stress Interventions and the Organization of Work, Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 32:6(Special Issue). 2006; 515-527.
30. Organización del trabajo, Factores Psicosociales y Salud. Experiencias de prevención. <http://www.istas.ccoo.es/descargas/Conclusiones> V Foro ISTAS. Barcelona España. 24-26 oct. 2007. Consultado en internet el 9 de diciembre de 2008.
31. The European Heart Network. Expert Group on Psychosocial and Occupation Factors. Social Factors, stress and cardiovascular disease prevention in the Network European Union. Brussels: European Heart 1998.

32. Fajardo G. Atención médica. Teoría y práctica administrativas. México, D.F. Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana. S. A. 1983.
33. Goncalves A. Fundamentos del Clima Organizacional. Sociedad Latinoamericana para la Calidad (SLC). 2001. 5. Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Método ISTAS 21 (CoPso Q). Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Paralelo Edición, S.A.2002.
34. Conclusiones del V Foro ISTAS de Salud Laboral. Organización del trabajo, factores psicosociales y salud. Barcelona. 2007.
35. Kaseburg M, Chahal N, Duan S, Smailes E. Changing the Workplace: Improving Mental Health of Hospital Workers Summary of Work Conditions Results from the Baseline Survey 2008 Jan 14 (Traducción del inglés al español de la autora).
36. Melin B, Lundberg U, Soderlund J, Granqvist M, Psychophysiological Stress Reactions of Male and Female Assembly Workers: A Comparison between Two Different Forms of Work Organization, Journal of Organizational Behavior. 2007; 47-61.
37. Sandberg, A. E., Human Resource, Management, and Personnel: Enriching Production: Perspectives on Volvo's Uddevalla Plant as an Alternative to Lean Production, Avebury, Aldershot, 1995.
38. National Institute for Occupational Safety and Health. The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People. NIOSH, Cincinnati, OH, 2002.
39. Cooper, C. Cartwright, S. Resumen de las estrategias generales de prevención y control del estrés. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Capítulo 34. Factores Psicosociales y de Organización.2007: 34.75

40. Piñuel I. El management tóxico. 20 propuestas para erradicar directivos psicosocialmente tóxicos. Universidad de Alcalá. Autor del libro "Mobbing. ¿Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo" Artículo publicado en "La Mutua" nº 9 15.12.2003.
41. Román citado en Cabrera M. Con los nervios de punta. Revista © 2008. Trabajadores. Órgano de la Central de Trabajadores de Cuba. 22/09/2007 05:36. Consultado en internet el día 2 de julio de 2009.
42. Parra M. Salud Ocupacional Instituto de Salud Pública de Chile. Promoción y Protección de la Salud Mental en el Trabajo: Análisis Conceptual y Sugerencias de Acción. La salud mental y su impacto en el ausentismo y en disminución del rendimiento en el trabajo 1998.
43. Ya citado 5. Breilh J. Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas de Quito. 1991.
44. Moncada S., Llorens C, Kristensen T.S. Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud. 2002.
45. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, que versa sobre los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos. Artículo 17.
46. Rocha R. Carga mental laboral y psicotrastornos en trabajadores industriales Liberabit. Revista de psicología. Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú. 2005; 11: pp. 83-89. <http://redalyc>. Consultado en internet el día 24 de oct., 2009.
47. Senge P. Liderazgo y organizaciones que aprenden (III Congreso Internacional sobre Dirección de Centros Educativos). Bilbao, ICE de la Universidad de Deusto, 2000; 53: 459-471.



Casa abierta al tiempo

ANEXO 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- 1.- Este cuestionario que usted llenará a continuación tiene como objetivo identificar los riesgos y exigencias derivados de las formas nocivas de organización y la asociación con su salud.
- 2.- La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará solo con fines epidemiológicos y estadísticos.
- 3.- El beneficio que se pretende lograr con los datos que usted proporcione, será que una vez identificadas las formas nocivas de la organización, proponer los cambios necesarios para la creación de un ambiente más saludable en el hospital.
- 4.- Es de vital importancia contestar con veracidad y precisión cada pregunta, sin consultar a nadie, porque ello permitirá conocer en verdad su opinión de las formas de organización que perjudican a cada persona en particular.
- 5.- Este cuestionario no es una prueba de inteligencia ni de habilidades y tampoco es un examen de conocimientos, de modo que no hay respuestas buenas y malas.
- 6.- Se trata de un cuestionario anónimo, por lo que no contiene ningún código de identificación (nombre ó símbolo) de la persona que responde.
- 7.- Se le solicita firmar la original, en el extremo inferior derecho, si es que acepta participar y conserve usted la copia, anotando número de encuesta.

Nombre del participante _____

Gracias por participar, en un esfuerzo para mejorar nuestra organización y ambiente laboral.

Anexo 2



Hospital Psiquiátrico Infantil

“Dr. Juan N. Navarro”



Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo.

(CoPsoQ)

Instrucciones

Es un cuestionario **anónimo**. El cuestionario no contiene códigos de identificación (nombre, símbolo) de la persona que responde. Se han suprimido aquellas preguntas u opciones de respuesta que permitían identificar a un/a trabajadora. En cualquier caso, la información que contiene es **confidencial**

La contestación del cuestionario es **individual**, es un cuestionario que contesta cada trabajador pero no evalúa al individuo sino a la organización del trabajo.

Te pedimos que respondas **sinceramente** a cada una de las preguntas sin previa consulta ni debate con nadie y que sigas las instrucciones de cada pregunta para contestar.

La mayoría de preguntas tienen **varias opciones de respuesta y te pedimos que señales con una "X" la respuesta que consideres que describe mejor tu situación** (por ejemplo, escogiendo una sola opción entre las posibles respuestas: "*siempre / muchas veces / algunas veces / sólo alguna vez / nunca*"). En otras preguntas no se trata de marcar una opción, sino de responder con un número. Utiliza el espacio de la última página para cualquier comentario respecto a esta encuesta.

Si tienes más de un empleo, te pedimos que refieras todas tus respuestas solamente al que haces en el Hospital Psiquiátrico Infantil. “Dr. Juan N. Navarro”.

¡Por una organización del trabajo más saludable!

PARTICIPA

I. En primer lugar, nos interesan algunos datos sobre ti y el trabajo doméstico-familiar

1) Eres:

- Hombre 1
 Mujer 2

2) ¿Qué edad tienes?

- Menos de 26 años 1
 Entre 26 y 35 años 2
 Entre 36 y 45 años 3
 Entre 46 y 55 años 4
 Más de 55 años 5

3) ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces tú?

- Soy la/el principal responsable y hago la mayor parte de tareas familiares y domésticas 4
 Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas 3
 Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas 2
 Sólo hago tareas muy puntuales 1
 No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas 0

4) Contesta a las siguientes preguntas sobre los problemas para compaginar las tareas doméstico-familiares y el empleo.

Elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada una de las preguntas.

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) Si faltas algún día a casa, ¿las tareas domésticas que realizas se quedan sin hacer?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) Cuando estás en el hospital ¿piensas en las tareas domésticas y familiares?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en el hospital y en casa a la vez?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

II. Las siguientes preguntas tratan de tu salud y bienestar

personal.

5) En general, dirías que tu salud es:

- Excelente 4
 Muy buena 3
 Buena 2
 Regular 1
 Mala 0

6) Por favor, dí si te parece **CIERTA O FALSA** cada una de las siguientes frases.

Responde a todas las preguntas y elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada una de ellas.

	Totalmente cierto	Bastante cierto	No lo sé	Bastante falso	Totalmente falso
a) Me pongo enfermo/a más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b) Estoy tan sana/o como cualquiera.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) Creo que mi salud va a empeorar.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d) Mi salud es excelente.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

7) Las preguntas que siguen se refieren a cómo te has sentido **DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS**.

Por favor, responde a todas las preguntas y elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada una de ellas.

Durante las últimas cuatro semanas,	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿has estado muy nervioso/a?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) ¿te has sentido tan bajo/a de moral que nada podía animarte?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) ¿te has sentido calmada/o y tranquila/o?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) ¿te has sentido desanimado/a y triste?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e) ¿te has sentido feliz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
f) ¿te has sentido llena/o de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
g) ¿has tenido mucha energía?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
h) ¿te has sentido agotado/a?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i) ¿te has sentido cansada/o?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8) ¿DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS con qué frecuencia has tenido los siguientes problemas?

Por favor, responde a todas las preguntas y elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada una de ellas.

Durante las últimas cuatro semanas,	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) No he tenido ánimos para estar con gente	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

b) No he podido dormir bien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) He estado irritable	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) Me he sentido agobiado/a	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
e) ¿Has sentido opresión o dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
f) ¿Te ha faltado el aire?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
g) ¿Has sentido tensión en los músculos?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
h) ¿Has tenido dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
i) ¿Has tenido problemas para concentrarte?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
j) ¿Te ha costado tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
k) ¿Has tenido dificultades para acordarte de las cosas?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
l) ¿Has tenido dificultades para pensar de forma clara?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

III. Las siguientes preguntas tratan de tu empleo actual y tus condiciones de trabajo.

9) Indica en qué servicios has trabajado durante los últimos 12 meses. Si has trabajado en dos o más departamentos señálos.

[1] Consulta externa [2] Hospitalización

[3] Psico-diagnóstico [4] Psicoterapia

10) Señala el puesto de trabajo que ocupas en la actualidad. Señala únicamente una opción.

[1] Médico de la consulta. [2] Psicólogo Psicodiagnóstico

[3] Médico de Hospitalización [4] Psicólogo Psicoterapia

[5] Residente 1er año [6] Residente de 2º año

[7] Residente rotando del Hospital Fray Bernardino Residente del Hospital Español Álvarez

11) ¿El trabajo que realizas corresponde a la categoría profesional que tienes reconocida salarialmente?

Sí 1

No, el trabajo que hago está por encima de lo que se me reconoce en el salario. 2

No, el trabajo que hago está por debajo de lo que se me reconoce en el salario. 3

No lo sé 4

12) ¿Cuánto tiempo llevas trabajando en el hospital?

- Entre 6 meses y hasta 4 años 1
- Entre 5 años y hasta 9 años 2
- Más de 10 años y hasta 14 años 3
- Más de 15 años y hasta 19 años 4
- Más de 20 años y hasta de 24 años 5
- Más de 25 años 6

13) Desde que entraste al hospital ¿has ascendido de categoría o grupo profesional?

- Sí 1
- No 0

14) ¿Qué tipo de relación laboral tienes con el hospital?

- [1] Soy fijo (Soy personal de base)
- [2] Soy fijo (Soy personal de confianza)
- [3] Soy residente (contrato temporal durante mi formación)

15) Tu horario de trabajo es

- [1] Jornada mañana y tarde
- [2] Turno matutino
- [3] Turno vespertino
- [4] Turno velada
- [5] Rotación de turnos excepto velada (tiempo mínimo en meses _____)
- [6] Rotación de turnos inclusive velada (tiempo mínimo en meses _____)

16) Tu horario laboral incluye trabajar:

- [1] De lunes a viernes
- [2] Sólo turno especial
- [3] De lunes a viernes y, excepcionalmente, turno especial
- [4] Tanto entre semana como turno especial

17) Si te cambian de horario (turno, hora de entrada o salida) o de días de la semana que trabajas, ¿con cuánto tiempo de antelación te lo comunican?

- No me cambian de horario o de días de trabajo
1
- Normalmente me lo comunican con _____ días de antelación
2
- Normalmente me lo comunican de un día para otro o el mismo día
3
- Normalmente conozco mi horario con antelación, pero pueden cambiármelo de un día para otro
4

18) Indica cuántas horas trabajaste para el hospital la semana pasada: _____ en horas.

19) Si la semana anterior trabajaste menos de 35 horas, di por qué (puedes marcar más de una opción):

- a) Trabajo a tiempo parcial para el hospital
- b) Tengo distribución irregular de jornada (no siempre trabajo las mismas horas)
- c) He estado de incapacidad, vacaciones, de permiso, ...
- d) Tengo jornada reducida (maternidad...)

20) ¿Tu trabajo está bien pagado?

- Sí 1
- No 0

21) En los últimos 12 meses, ¿cuántos días de incapacidad has tenido?

- Aproximadamente, he tenido _____ días de incapacidad. 1
- No he tenido ninguna incapacidad en el último año 0

IV. Las preguntas a continuación tratan de los contenidos y exigencias de tu trabajo actual.

22) Estas preguntas tratan sobre la cantidad de trabajo que tienes con relación al tiempo del que dispones.

Por favor, elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada pregunta.

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tienes que trabajar muy rápido?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) ¿Tienes tiempo de llevar al día tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d) ¿Tienes tiempo suficiente para hacer tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

23) Estas preguntas tratan sobre las exigencias cualitativas de tu trabajo actual.

Por favor, elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada pregunta.

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tu trabajo requiere un alto nivel de precisión?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) ¿Tu trabajo requiere mirar con detalle?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) ¿Tu trabajo requiere mucha concentración?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

d) ¿Tu trabajo requiere memorizar muchas cosas?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
e) ¿Tu trabajo requiere que tomes decisiones de forma rápida?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
f) ¿Tu trabajo requiere que tomes decisiones difíciles?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
g) ¿Tu trabajo requiere que te calles tu opinión?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
h) ¿Tu trabajo requiere atención constante?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
i) ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
j) ¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
k) ¿Tu trabajo, en general, es desgastador emocionalmente?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
l) ¿Se producen en tu trabajo momentos o situaciones desgastadoras emocionalmente?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

24) Estas preguntas tratan sobre el margen de autonomía que tienes en el trabajo actual.

Por favor, elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada pregunta

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tienes mucha influencia sobre las decisiones que afectan a tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) ¿Tienes influencia sobre la cantidad de trabajo que se te asigna?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) ¿Puedes decidir cuándo haces un descanso?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) ¿Puedes tomar las vacaciones más o menos cuando tu quieres?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
e) ¿Puedes dejar tu trabajo para platicar con un compañero o compañera?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
f) Si tienes algún asunto personal o familiar ¿puedes dejar tu puesto de trabajo al menos una hora sin tener que pedir un permiso especial?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
g) ¿Se tiene en cuenta tu opinión cuando se te asignan tareas?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
h) ¿Tienes influencia sobre el orden en el que realizas las tareas?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

25) Estas preguntas tratan sobre el contenido de tu trabajo, las posibilidades de desarrollo profesional y la integración.

Por favor, elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada pregunta.

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tu trabajo requiere que tengas iniciativa?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) ¿Tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) ¿La realización de tu trabajo permite que apliques tus habilidades y conocimientos?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) ¿Las tareas que haces te parecen importantes?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
e) ¿Te sientes comprometido con tu profesión?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
f) ¿Tienen sentido tus tareas?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
g) ¿Tu trabajo es variado?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
h) ¿Tu trabajo requiere manejar muchos conocimientos?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
i) ¿Hablas con entusiasmo de tu empresa a otras personas?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
j) ¿Te gustaría quedarte en la empresa en la que estás para el resto de tu vida laboral?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
k) ¿Sientes que los problemas de tu empresa son también tuyos?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
l) ¿Sientes que tu empresa tiene una gran importancia para ti?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

26) Queremos saber hasta qué punto te preocupan posibles cambios en tus actuales condiciones de trabajo.

Por favor, elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada pregunta.

En estos momentos, ¿estás preocupado/a ...	Muy preocupado	Bastante preocupado	Más o menos preocupado	Poco preocupado	Nada preocupado
a) por lo difícil que sería encontrar otro trabajo en el caso de que te quedaras sin trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) por si te cambian de tareas contra tu voluntad?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) por si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

- d) por si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen, que introduzcan el salario variable, que te paguen en especie, etc.)? 4 3 2 1 0

27) Estas preguntas tratan del grado de definición de tus tareas y de los conflictos que puede suponer la realización de tu trabajo actual.

Por favor, elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada pregunta.

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Sabes exactamente qué margen de autonomía tienes en tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) ¿Haces cosas en el trabajo que son aceptadas por algunas personas y no por otras?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) ¿Tu trabajo tiene objetivos claros?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) ¿Sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
e) ¿Se te exigen cosas contradictorias en el trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
f) ¿Sabes exactamente qué se espera de ti en el trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
g) ¿Tienes que hacer tareas que tú crees que deberían hacerse de otra manera?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
h) ¿En tu empresa se te informa con suficiente antelación de los cambios que pueden afectar a tu futuro?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
i) ¿Recibes toda la información que necesitas para realizar bien tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
j) ¿Tienes que realizar tareas que te parecen innecesarias?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

28) Las siguientes preguntas tratan de situaciones en las que necesitas ayuda o apoyo en el trabajo actual.

Por favor, elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada pregunta

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Recibes ayuda y apoyo de tus compañeras o compañeros?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) Tus compañeros o compañeras ¿están dispuestos a escuchar tus problemas en el trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) ¿Hablas con tus compañeros o compañeras sobre cómo llevas a cabo tu trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

- d) ¿Recibes ayuda y apoyo de tu inmediato o inmediata superior? 4 3 2 1 0
-
- e) ¿Tu inmediata/o superior está dispuesto a escuchar tus problemas en el trabajo? 4 3 2 1 0
-
- f) ¿Hablas con tu superior sobre cómo llevas a cabo tu trabajo? 4 3 2 1 0

29) Las siguientes preguntas tratan de la relación con los compañeros y/o compañeras de trabajo actualmentes.

Por favor, elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada pregunta.

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) ¿Tu puesto de trabajo se encuentra aislado del de tus compañeros/as ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b) ¿Puedes hablar con tus compañeros o compañeras mientras estás trabajando?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) ¿Hay un buen ambiente entre tú y tus compañeros/as de trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) Entre compañeras/os ¿se ayudan en el trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
e) En el trabajo, ¿sientes que formas parte de un grupo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

30) Las siguientes preguntas tratan de la relación con tus jefes inmediatos en el trabajo actual.

Por favor, elige **UNA SOLA RESPUESTA** para cada pregunta

¿Tus actuales jefes inmediatos....	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) se aseguran de que cada uno de los trabajadores/as tiene buenas oportunidades de desarrollo profesional?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) planifican bien el trabajo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) resuelven bien los conflictos?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
d) se comunican bien con los trabajadores y trabajadoras?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

31) En relación con tu trabajo actual, ¿estás satisfecho/a con ...

	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Más o menos	Poco satisfecho	Nada satisfecho
a) tus perspectivas laborales?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) las condiciones ambientales de trabajo (ruido, espacio, ventilación, temperatura, iluminación...)?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

c) el grado en el que se emplean tus capacidades? 4 3 2 1 0

d) tu trabajo, tomándolo todo en consideración? 4 3 2 1 0

32) Por favor, elige una sola respuesta para cada una de las siguientes frases.

	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a) Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
b) En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
c) En mi trabajo me tratan injustamente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d) Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

V. Utiliza este espacio para hacer los comentarios que creas convenientes.

¡MUCHAS GRACIAS POR TU TIEMPO Y COLABORACIÓN!