T
1377

135247

Casa abierta al tiempo
UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

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

TRASTORNOS MÚSCULO ESQUELÉTICOS, MENTALES Y PSICOSOMÁTICOS EN TRABAJADORES DE LA SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

PABLO PUIG FLORES

DIRECTORAS DE TESIS:
MTRA. SUSANA MARTÍNEZ ALCANTARA
MTRA. MARÍA ADRIANA CECILIA CRUZ FLORES

2010

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES

TRASTORNOS MÚSCULO ESQUELÉTICOS, MENTALES Y PSICOSOMÁTICOS EN TRABAJADORES DE LA SALUD DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ALUMNO: PABLO PUIG FLORES

DIRECTORAS DE TESIS:

MAESTRA SUSANA MARTÍNEZ ALCÁNTARA

MAESTRA MARÍA ADRIANA CECILIA FLORES

MÉXICO DF. JUNIO 2010.

Í N D I C E

INTRODUCCIÓN

I	JUSTIFICACIÓN	11
II	ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	16
III	MARCO CONCEPTUAL	35
3.1	El Proceso del Trabajo	35
3.1.1	El proceso del trabajo en el Sector Salud	48
3.1.2	Salud mental y trastornos mentales relacionados con el trabajo.	55
IV	MARCO DE REFERENCIA	89
4.1	Antecedentes históricos: La seguridad social y el origen del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	89
4.1.1	El origen del Instituto Mexicano del Seguro Social	91
4.1.2	Situación actual	93
4.1.3	Condiciones de atención en los servicios y laborales	95
4.1.4	Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS	99
4.1.5	Características generales del proceso de trabajo en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS	100
4.1.6	Diagrama de flujo del proceso de trabajo	103

V	METODOLOGÍA	104
5.1	Hipótesis de trabajo	104
5.1.1	Objetivo General	105
5.1.2	Objetivos Específicos	105
5.1.3	Diseño	106
5.1.4	Población y selección de la muestra	107
5.1.5	Criterios de inclusión y exclusión	108
5.1.6	Variables	108
5.1.7	Fuentes de Información	109
5.1.8	Instrumentos de recolección de la información	110
5.1.9	Procesamiento y análisis de la información	111
5.2	Aspectos éticos	113
5.2.1	Recursos	113
VI	RESULTADOS	115
6.1	Variables de identificación	115
6.1.1	Variables de vida y trabajo doméstico	117
6.1.2	Variables laborales	119
6.1.3	Variables de tiempo libre que caracterizan a la población	121
6.1.4	Variables de valoración del trabajo asalariado	122
6.1.5	Principales riesgos a los que están expuestos los Trabajadores	123
6.1.6	Principales exigencias presentes en la organización del trabajo	124

6.1.7 Principales daños a la salud detectados en el perfil patológico 127

VII ANÁLISIS BIVARIADO DE LA INFORMACIÓN 129

7.1 Riesgos y exigencias por género 129

7.1.1 Riesgos y exigencias por área 131

7.1.2 Exigencias por puesto, turno y antigüedad 134

7.1.3 Análisis bivariado por algunas variables demográficas y laborales contra el perfil patológico 137

7.1.4 Estado civil agrupado contra el perfil patológico 138

7.1.5 Escolaridad contra perfil patológico 138

7.1.6 Turno contra perfil patológico 139

7.1.7 Puesto agrupado contra perfil patológico 140

7.1.8 Área agrupada contra perfil patológico 141

7.1.9 Antigüedad en la clínica contra perfil patológico 141

VIII ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN A RIESGOS Y EXIGENCIAS CON DIVERSOS TRASTORNOS A LA SALUD 143

8.1 Riesgos y exigencias asociados a trastornos músculo Esqueléticos 143

8.1.1 Riesgos y exigencias asociados al consumo de tabaco y el Abuso del alcohol 146

8.1.2 Exposición a diversas exigencias asociadas con trastornos del sueño y ansiedad 147

8.1.3 Exposición a diversas exigencias asociadas con la cefalea Tensional y migraña 150

8.1.4 Exposición a diversas exigencias asociada a la fatiga 151

IX DISCUSIÓN 153

X CONCLUSIONES 165

XI RECOMENDACIONES 172

BIBLIOGRAFÍA 176

ANEXOS 186
Encuesta 188
Instructivo 199
Guía de Observación 213

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tiene como finalidad identificar las características del proceso de trabajo que desarrolla el personal de atención a la salud en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como reconocer los riesgos y exigencias asociados a la prevalencia de trastornos musculoesqueléticos, mentales, y psicosomáticos.

Existen profesiones que por la naturaleza de sus actividades no evidencian las condiciones de trabajo nocivo o peligroso, como en el caso de los profesionales de atención a la salud, comparativamente con otras profesiones como las involucradas en el sector industrial. Sin embargo estos trabajadores están expuestos a condiciones de trabajo que pueden originar trastornos en su salud física y mental.

En una encuesta realizada por el British Medical Journal, el 41% de los profesionales de la salud se declararon insatisfechos con su actividad laboral y el 16%, muy infeliz. Las razones más reseñadas por los encuestados fueron, por orden, la sobrecarga de trabajo, el bajo salario, la falta de apoyo por parte de las instituciones, la pérdida de control sobre la propia actividad profesional y el sentimiento de estar solos ante una sociedad que ha perdido la capacidad de enfrentarse al dolor, a la enfermedad y a la muerte. Gutiérrez, (2004)

La Organización Internacional del Trabajo, en su Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo (2000) ha puesto de manifiesto a través de diversos autores (Houtman, Randal, Theorell y Karasek entre otros), cómo los trabajadores del sector servicios presentan una alta prevalencia de trastornos depresivos, estrés, ansiedad, dependencia de alcohol y tabaco, fatiga, trastornos psicosomáticos, músculo esqueléticos y Burnout, entre otros trastornos.

Estos padecimientos en los trabajadores de la salud, han sido estudiados, en su relación con la exposición a exigencias y al estrés laboral, particularmente en el sector público. Los servicios de atención a la salud en México carecen de una infraestructura adecuada para atender las demandas sociales de salud, lo cual afecta las formas de atención y trabajo en este sector, originando ambientes de desinterés, apatía, insatisfacción y alejamiento de la realidad laboral.

El proceso de trabajo del sector salud, a diferencia de otros sectores, no se caracteriza por la transformación de objetos o materias primas, sino que se atienden a los seres humanos, por lo que presenta características especiales, ya que un médico o una enfermera no transforma materias primas, insumos u objetos, sino que debe ofrecer sus capacidades psicofísicas e intelectuales y ponerlas a disposición de otras personas que así lo requieren para mejorar sus condiciones de salud o atender su enfermedad.

Estas interacciones en gran medida determinan la manera en que estos trabajadores realizan su trabajo y el impacto que éste tiene en su salud, por todo ello, la pregunta central de investigación en este estudio plantea: ¿Los riesgos y exigencias laborales a los que se encuentra sometido el personal del primer nivel de atención a la salud en la UMF No.21 del IMSS, con motivo del trabajo que desarrollan, representan condiciones de riesgo para la presencia de trastornos músculo esqueléticos, mentales, psicosomáticos y fatiga en enfermeras, médicos y asistentes médicos?

Pretendemos dar respuesta a esta pregunta, a través de diversas interpretaciones que explican las principales categorías teóricas relacionadas con el proceso de trabajo en el personal del primer nivel de atención a la salud y el surgimiento de trastornos mentales, el presente documento se integra de la siguiente manera:

La primera parte explica el por qué de esta investigación, las principales motivaciones que guían el abordaje de la temática. Efectuamos una revisión bibliográfica sobre estudios recientes relacionados con los trastornos mentales en las poblaciones de trabajadores del sector salud. Así como las principales categorías, como el concepto de proceso de trabajo desde las visiones filosóficas, médicas y para otras ciencias como la psicología, la economía, ingeniería, y los puntos de vista de diversos autores que han estudiado este fenómeno.

También identificamos a los componentes del proceso de trabajo en el sector salud y generamos una discusión sobre el concepto salud mental y los principales trastornos

mentales relacionados con el trabajo, desde la visión de diversas disciplinas como la medicina, psicología y psiquiatría para identificar las características diagnósticas de cada trastorno.

En el marco de referencia se efectúa una explicación en el contexto social e histórico del surgimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, como organismo público de seguridad social y de salud de los trabajadores. De forma específica se describen las características del proceso de trabajo en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS.

El apartado conformado por la metodología contiene los objetivos planteados en la investigación, se explica el diseño, la población, los criterios de inclusión-exclusión, las variables y fuentes de información, así como los principales instrumentos de recolección de la información y finalmente damos una explicación de los métodos de procesamiento y análisis de la información obtenida.

Por otra parte reconocemos los lineamientos éticos fundamentales para el trabajo de investigación con seres humanos, por lo que en éste mismo apartado denotamos de forma concreta estos aspectos.

En la sección destinada a la presentación de los resultados, damos cuenta de los principales hallazgos relacionados con las variables en estudio, sobre todo aquellas

que caracterizan a la población. Efectuando un análisis descriptivo de las frecuencias simples y relativas obtenidas a través del análisis estadístico.

Continuamos con un análisis bivariado de los resultados a través de la aplicación de las pruebas estadísticas de Xi_2 y exacta de Fisher, a fin de reconocer las principales asociaciones estadísticamente significativas entre algunas variables sociodemográficas y laborales con la exposición a riesgos y exigencias, así como con el perfil patológico que caracteriza a la población.

En los apartados finales se realiza una discusión de los principales hallazgos obtenidos en algunas investigaciones recientes que se relacionan con la temática estudiada y le da sustento a la relevancia de nuestros resultados, así mismo presentamos las conclusiones y un conjunto de recomendaciones, a fin de tomar en consideración los principales hallazgos para coadyuvar en la mejora de las condiciones de trabajo y salud en esta población de trabajadores.

Al final del documento se encuentra la bibliografía consultada y los anexos conformados por la guía de observación, la encuesta individual y el instructivo de la encuesta.

I JUSTIFICACIÓN

Identificar la influencia que tiene el trabajo en la salud mental de los trabajadores y la colectividad, es en la actualidad campo y objeto de estudio de algunas ciencias sociales como la economía, la sociología, el derecho y las ciencias de la salud como la medicina, la psiquiatría y la psicología entre otras, las cuales reconocen la necesidad de profundizar en el estudio de los elementos de análisis del proceso de trabajo como: los riesgos y exigencias, las condiciones de los objetos y los medios y otras variables que se pueden asociar al surgimiento de daños a la salud integral de los trabajadores.

Es importante considerar al trabajo como un proceso enfocado a la producción de bienes, productos y servicios, el cual provoca un impacto positivo en el individuo y en la sociedad, ya que a través de éste se satisfacen diversas necesidades. Este acto en donde se ponen en juego las capacidades físicas, mentales y sociales también puede producir un impacto negativo en el trabajador, como el desgaste y deterioro, de su salud.

En la actualidad existe un especial interés por estudiar los daños a la salud que experimentan los trabajadores en el sector de los servicios, particularmente asociados a sus condiciones de trabajo, ya que estas condiciones pueden ser potencialmente nocivas para la salud.

En el sector servicios, los profesionales de la salud también han sido objeto de diversos estudios basados en sus condiciones de trabajo y de salud. El interés principal por estudiar a este grupo ha sido por su exposición a riesgos biológicos, por la interacción con pacientes infectados por VIH, hepatitis y otras enfermedades infecto-contagiosas. Así mismo se han estudiado otras condiciones que afectan la salud física y mental de los trabajadores, las cuales están relacionadas con la manera en que se organiza el proceso de trabajo. Estas circunstancias determinan ambientes con altos niveles de estrés y fatiga que influyen en el surgimiento de trastornos músculo esqueléticos, psíquicos y psicosomáticos.

Los trabajadores de los servicios de atención a la salud como: Médicos, enfermeras, asistentes medicas, personal de laboratorio, entre otros, se enfrentan de manera cotidiana a altos niveles de estrés por jornadas de trabajo intensas, demanda elevada de atención a pacientes, trabajo monótono y repetitivo, así como una supervisión excesiva de su función. Se ha encontrado en esta población de trabajadores, que cuando no hay armonía, entre ciertas exigencias laborales como posiciones forzadas, alta velocidad y precisión para efectuar las actividades, rigidez en el horario, monotonía y algunas características de la personalidad tales como: experiencia, conocimiento de la tarea, así como la percepción del trabajador acerca de la carga de la tarea, entre otras demandas laborales e individuales, se incrementa claramente la posibilidad de potenciar la aparición de algunos desórdenes mentales. Noriega, (2004).

El proceso de trabajo en el personal de atención a la salud, comparado con otros tipos de trabajo, posee particularidades, que lo diferencian de los otros sectores, ya que no establecen una relación con objetos o materias primas, como en el caso de los obreros o artesanos, sino que la relación sujeto/objeto, se transforma en una relación sujeto/sujeto dentro de un proceso específico, es decir que los trabajadores de la salud, trabajan con la enfermedad de los seres humanos, lo cual se constituye como uno de los principales rasgos en estos trabajadores.

Por otra parte existen estudios realizados en trabajadores del sector salud que, mencionan implicaciones severas relacionadas con su "objeto" de trabajo: los pacientes. Cuatro aspectos en la salud mental de los médicos llaman la atención: la alta presencia de síntomas depresivos-ansiosos, la alta tasa de suicidios (3 veces más alta que en la población en general), mayor frecuencia de uso de alcohol y otras sustancias, así como una incidencia mayor de accidentes, sobre todo automovilísticos (2 veces más que en la población en general). Rivera, (2004).

Promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla y rehabilitarla, son tareas que producen satisfacciones, pero también conflictos y dificultades en los trabajadores de este sector, el cual como ya se dijo, suele tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgo asociados con la fuerte tensión laboral a la que están expuestos diariamente.

Los trastornos en la salud física y mental se están constituyendo en una problemática de gran relevancia para los trabajadores de la salud, por lo que hay que implementar estrategias de prevención y mejora continua en sus condiciones de trabajo.

Conocer la prevalencia de trastornos músculo esqueléticos, mentales y psicosomáticos en los trabajadores de los servicios de salud del primer nivel es el principal objetivo de este estudio, el cual parte de la identificación de las características de su proceso de trabajo específico y del análisis de los elementos mediadores, objetos, medios, y el trabajo mismo. Así como de relacionar estas condiciones con la presencia de riesgos y exigencias que se desprendan de las formas de organización, específicamente en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La finalidad implica reconocer las condiciones laborales y su relación con la presencia de trastornos mentales como: depresión, ansiedad, estrés, adicción a sustancias (tabaco y alcohol) y trastornos del sueño. Así como trastornos psicosomáticos, entre ellos la cefalea tensional, algunos trastornos digestivos y cardiocirculatorios, y finalmente los trastornos músculo esqueléticos y la fatiga en el personal de este nivel de atención.

Pretendemos también con este trabajo, sugerir alternativas de prevención, generando propuestas para mejorar los procesos de trabajo, a fin de controlar los

riesgos y exigencias que surgen de éste. Interesa también promover la participación de los trabajadores en el auto cuidado de su salud integral, favoreciendo el establecimiento de una cultura laboral protectora de los trabajadores.

II ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

La Organización Internacional del trabajo OIT, (2000) como organismo verificador de las condiciones en que se desarrolla el trabajo en el mundo, ha expuesto ampliamente en su Enciclopedia "Salud y Seguridad en el Trabajo" los principales trastornos mentales que prevalecen en los trabajadores. Hurrel, (quien ha colaborado con la OIT), identifica aquellos que se presentan con mayor frecuencia en el mundo laboral, entre ellos: Trastornos en el estado de ánimo, depresión, ansiedad, estrés y fatiga, trastornos por estrés postraumático, así como (...) los trastornos cognitivos, la adicción a sustancias y el Karoshi o muerte por exceso de trabajo, lo cual pone de manifiesto la importancia de tomar medidas preventivas sobre estos trastornos e identificar la influencia que tiene el proceso de trabajo en su manifestación.

En este sentido Noriega, (2004) refiere que en fechas recientes se han realizado numerosos estudios sobre las condiciones de trabajo y de salud en el llamado sector terciario o de los servicios. Dentro de este grupo se incluyen a los trabajadores de la salud. El interés principal por estudiar este personal ha sido su exposición a diversas variables psicosociales como los riesgos y las exigencias. Constituyendo un fenómeno justificadamente prioritarios de estudiar.

Noriega presenta resultados sobre un estudio realizado con 170 trabajadoras de una Unidad de Medicina Familiar (UMF), médicas, enfermeras, personal de laboratorio y asistentes médicas. El diseño del estudio fue transversal. La información se recabó

de tres fuentes: La nómina de los trabajadores de la UMF, una guía de observación del proceso de trabajo y una encuesta individual de auto llenado, validada en población mexicana.

En esta investigación Noriega describe cómo el trabajador de los servicios de atención a la salud posee, un objeto de trabajo peculiar, este "objeto" en realidad es un sujeto (el paciente) realiza una descripción pormenorizada sobre el proceso de trabajo, el puesto y las cargas laborales, identificando la relación que guardan éstos con diversos daños en la salud.

Los resultados más sobresalientes, indicaron que los trastornos psíquicos y psicosomáticos pueden originarse, tanto por las condiciones de trabajo y los factores de estrés laboral, como por las características de la vida cotidiana en el ámbito doméstico. Las altas demandas de trabajo predicen significativamente altos niveles de fatiga y ésta, a su vez, está asociada con altos niveles de enfermedad mental como estrés, ansiedad, depresión y abuso de sustancias. Las trabajadoras de la salud tienen las más altas tasas de admisión hospitalaria por trastornos mentales y tasas de admisión elevada en centros de salud mental.

Se identificaron como las principales exigencias, para el conjunto de la población estudiada, las relacionadas con el apremio de tiempo. La tasa general de trastornos psíquicos, psicosomáticos y fatiga para el conjunto de estas trabajadoras fue de 54.0 por 100, es decir, que de cada dos trabajadoras una tuvo alguno de estos

padecimientos. Si se desagrega esta tasa general y se agrupa en diagnósticos conformados por tres conjuntos patológicos que llaman la atención por su origen común: los trastornos psicosomáticos con una tasa de 29.0 por cada 100 trabajadores, los trastornos psíquicos con 16.0 y la fatiga presente en 9.4 de cada 100.

Rodríguez, (2000) realizó una investigación en trabajadores del sector servicios de salud, para evaluar las condiciones de trabajo y el perfil de salud en enfermeras. En este estudio Rodríguez, se centra en los servicios de emergencia, de los que poco se ha investigado, los servicios ambulantes de emergencia cumplen un papel primordial en la reducción del tiempo de atención de los pacientes al presentar alguna situación que pueda comprometer su vida, disminuyendo de esta forma la posibilidad de la ocurrencia de un desenlace fatal, o la presencia de complicaciones médicas derivadas del retardo en la atención de situaciones de salud, que pueden prevenirse si existe atención adecuada y a tiempo.

En el estudio se miden otras variables que abarcan el estado de salud del trabajador y algunos aspectos relacionados a su vida familiar, para tratar de establecer un perfil de salud de este grupo de profesionales, que sirva de base para iniciar futuros estudios, que puedan profundizar en tópicos concretos que logren beneficios a los interesados.

Esta investigación se limita a trabajar con una muestra exclusivamente de sexo masculino, incluyendo personal con categoría de auxiliares de enfermería o con entrenamiento como paramédicos en la atención de emergencias.

Se captaron trabajadores con turnos rotativos, gran parte de estos a bordo de las unidades de emergencia, el nivel de salud puede verse determinado por la interacción de cuatro variables a saber: La biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria. De estas variables, solo la biología humana no es susceptible de ser cambiada.

Dentro de estas cuatro variables, el medio ambiente y el estilo de vida afectan el estado de salud del trabajador y deben modificarse a través de intervenciones preventivas, el medio de trabajo y sus condiciones físicas, también son factores riesgosos. La carga laboral a la que un trabajador pueda someterse, la distribución y rotación de turno, las guardias, los periodos de descanso necesarios para la recuperación pueden afectar la salud a largo plazo.

Por otra parte, el tipo de vivienda, los servicios con que cuenta el trabajador, su alimentación y la calidad del uso de tiempo libre, así como la normalidad de sus mecanismos crono-fisiológicos adaptados para rendir de acuerdo al horario solar muestran relaciones significativas.

En este sentido es importante considerar que una jornada circadiana abarca desde las seis de la mañana hasta las seis de la tarde, con una franja de tolerancia que se extiende hasta las ocho de la noche. Por lo tanto, el periodo óptimo para que el esfuerzo resulte más eficaz y menos arriesgado se corresponde con la jornada cronofisiológica, así el turno nocturno queda fuera de las previsiones fisiológicas y es en términos ergonómicos, el menos útil y el más riesgoso para generar trastornos a la salud física y mental de los trabajadores.

Los problemas gastrointestinales, las alteraciones en el sueño, junto a una mayor incidencia de accidentes laborales y estrés, son los efectos negativos que con más frecuencia se asocian a la actividad de este grupo de trabajadores.

Otro de los trastornos mentales más comunes en los trabajadores de la salud y sobre el cual se han realizado múltiples investigaciones, es el Síndrome de Burnout, razón por la cual se efectúa una amplia revisión debido a la estrecha relación que éste suele tener con otras enfermedades.

Herbert J. Freudenberger aplica el término Burnout, en 1974, para hacer referencia al desgaste o sobrecarga profesional. El concepto había sido tomado de la palabra con la que se hacía referencia al estado en que quedaba una persona "burnout" (fundida, quemada) por el trabajo. Maslach, (1982)

El Síndrome de Burnout, fue el nombre que Christina Maslach y Susan Jackson (1982) le dieron a una entidad clínica caracterizada por un estrés crónico, propio de los profesionales de servicios humanos cuya tarea exige una atención intensa y prolongada con personas en situación de necesidad o de dependencia.

Méndez, (2004) realizó un estudio para identificarlo como una de las principales causas de enfermedad laboral. A través de una revisión documental y teórica sobre el concepto de "Burnout", concluye que se han realizado numerosos estudios de evaluación del síndrome en diferentes poblaciones profesionales que demuestran su relación con un alto nivel de tensión ante el trabajo.

El síndrome de estrés laboral llamado "Burnout" hace referencia al deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva a los recursos físicos y emocionales del individuo. En el personal cuya capacidad de reacción se encuentra desbordada, se produce una intensa repercusión en su medio familiar y social, se llega en algunos casos a situaciones de alto riesgo. En esta problemática se han identificado tres dimensiones del síndrome: el cansancio emocional (CE), la despersonalización en el trato (DP) y el nivel de realización personal (RP)

El cansancio emocional (CE) es una de las claves del síndrome de estrés laboral, lo que significa que la fuerza o capital emocional se consume y se agota la capacidad de entrega hacia los demás.

El estudio de Méndez, (2004) efectuado en Cuba con personal de enfermería, mostró que el 65% se encontró altamente comprometido o agotado emocionalmente. La despersonalización en el trato personal (DP) es otra de las claves altamente significativas en el estrés laboral, la oferta de ayuda y servicio se convierte en un esfuerzo, ya que el personal ofrece menos de sí mismo y demanda más de la organización. Esto crea intolerancia, deshumanización y despersonalización de la consulta o atención que ofrece.

Román, (2003) realizó un estudio transversal acerca de estrés y Burnout en 287 profesionales de la salud en un municipio de la Habana, participaron personal médico y de enfermería de los niveles primero y segundo de atención, hombres y mujeres, respondieron tres cuestionarios: cuestionario breve de Burnout, de Moreno, escala de síntomas de estrés, de Aro y el inventario de estrés para profesionales de la salud, de Wolfgang.

Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas.

La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés al 50%. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención.

Sobre el mismo Rivera, (2004) aborda el llamado Síndrome de desgaste profesional en médicos del primer nivel de atención del IMSS, en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 de la ciudad de México, el objetivo de la investigación consistió en determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (SDP) que presentan los médicos del primer nivel de atención del IMSS. El estudio fue transversal, descriptivo y participaron 148 médicos de 4 Unidades de Medicina Familiar, mediante la aplicación del cuestionario de Maslach Burnout.

El autor define al SDP como el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que ocurre en individuos que trabajan con personas. Los trabajadores de la salud son los que presentan con mayor frecuencia el síndrome, los principales resultados de la investigación indican una prevalencia en el personal médico estudiado de 61.5%. Los factores asociados al SDP fueron la preocupación por posible litigio médico y el no contar con recursos materiales. Ser hombre resultó ser un factor protector, así como el practicar ejercicio físico.

La investigación concluye que la prevalencia encontrada es muy similar a la reportada en la literatura, lo que debiera sustentar ya las bases para implementar

estrategias enfocadas a prevenir el SDP, modificando las características en el ámbito laboral donde el médico ejerce su profesión.

En el mismo sentido Zaldúa, y Cols. (2000) realizaron una investigación exploratoria destinada a relevar la incidencia del Síndrome de Burnout en el personal asistencial de Hospitales públicos en la ciudad Autónoma de Buenos Aires. La exploración se realizó sobre la base de un cuestionario sociodemográfico, el Maslach Burnout Inventory (MBI), adaptado como Cuestionario Breve de Burnout, a través de entrevistas, observación de procesos de trabajo y de grupos focales para devolución, interpretación y elaboración colectiva de hallazgos e identificación de estrategias de afrontamiento.

El método se circunscribe en la perspectiva de una epidemiología para humanizar la vida y como estrategia de investigación-acción participativa, de gestión asociada con objetivos preventivos, se analiza la psicodinámia del trabajo en el sector salud, evaluando el impacto de las situaciones y los factores predisponentes a la vulnerabilidad y riesgos. Así como las estrategias de afrontamiento favorecedoras de protección frente al Síndrome de Burnout.

Se describen las tareas en el campo de la salud posicionando a los trabajadores en situaciones que implican un contacto permanente con el dolor, la incertidumbre, la angustia, la muerte, así como también con su polo de salud, de vida, de cura. Estas situaciones estresantes, si bien constituyen el riesgo profesional esperado, en

determinadas circunstancias, por factores personales, organizacionales, institucionales o macroestructurales, pierden el valor de cotidianeidad profesional sostenible y se convierten en estresores activos, creando vulnerabilidad en los efectos sobre su salud.

La metodología se estructura a partir de técnicas cuantitativas y cualitativas para la indagación y el análisis de los datos. La modalidad participativa de esta investigación-acción permite resignificar con los actores del sector salud el impacto de las situaciones estresoras, los factores predisponentes a la vulnerabilidad y el contexto de producción de salud-enfermedad.

Maslach y Jackson, (1982) describen y sistematizan al Síndrome de Burnout. La definición que postulan es la siguiente: "...es una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y psicológico, actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas a realizar"...

Las fases en la construcción del síndrome son:

1. Cansancio emocional
2. Despersonalización
3. Abandono de la realización personal

Zaldúa, (2000) realizó un estudio con 168 profesionales (médicos/as y enfermeros/as) de un Hospital polivalente en los servicios de guardia, Infectología, Neonatología, Obstetricia, Pediatría y Terapia Intensiva, encontrando que el porcentaje de Burnout del personal médico es del 16.8%, diferenciados por sexo, el 61.5% fueron hombres y el 38.5% mujeres.

En cuanto al personal de enfermería el porcentaje fue del 4.9%. Se observa en estos datos que el estrés laboral, en particular, el Síndrome de Burnout recae sobre el personal médico, en especial sobre los médicos varones.

Analizando los porcentajes del personal afectado por categorías contenidas en el Inventario de Burnout, encontramos que la despersonalización en los médicos fue mayor, indicativo de que los conflictos se localizan en estos trabajadores. Otros porcentajes por servicio se distribuyen de la siguiente manera: Guardia 91.3%, Obstetricia 80.0%, Pediatría 72.2%, e infectología con un 50.0%. Lo cual pone de manifiesto la relación constante que se establece con los pacientes en estos servicios, indicador de la sobrecarga de trabajo que experimenta el profesional de la salud y los tipos de defensas que instala como medidas protectoras de afrontamiento. La modalidad de la defensa hace que exista un distanciamiento con el objeto de trabajo, así como un trato deshumanizado, lo cual evidentemente perturba el vínculo terapéutico médico-paciente y repercute en la calidad de la atención.

El mismo estudio indicó que otra de las categorías que concentra un alto porcentaje de vulnerabilidad en esta dimensión, son las manifestaciones del Burnout, que se refiere a la repercusión del estrés laboral sobre la salud física o psíquica, sobre la vida personal o familiar y sobre el trabajo.

Los servicios que presentaron un porcentaje alto en esta categoría fueron: Guardia con un 60.8%, Pediatría 55.5%, Neonatología 53.8%, e infectología con el 50.0%. Respecto a las problemáticas que experimentan los trabajadores, podemos identificar las situaciones de desprotección social, maltrato, riesgo de mala praxis, falta de recursos sanitarios y ausencia de reconocimiento a la labor terapéutica.

A modo de conclusión los autores refieren que la realidad sanitaria demanda el despliegue de satisfactores que faciliten las condiciones de vida digna y la producción de actos de salud eficaces que impliquen un protagonismo de sujetos saludables, creativos y responsables.

Con poblaciones similares González, (2004) realizó una investigación para determinar el síndrome de Burnout en 277 médicos residentes y médicos internos de pregrado, el diseño fue descriptivo, transversal y se realizó en diferentes hospitales del IMSS.

Se aplicó el instrumento Maslach Bornout Inventary (MBI) Se observó que el 13% de los encuestados presentó cansancio emocional alto, 51% moderado y 36% bajo. Con

relación a la despersonalización 2% presentaron alta, 32% moderada y 66% baja. Respecto a la realización personal 84% presentaron un alto nivel, 15% moderada y baja 0.37%. El síndrome de Burnout en estas categorías estudiadas no existe como tal, ya que no cumple los criterios requeridos por el MBI, sólo se observan el cansancio emocional, que no puede ser evaluado como síndrome.

Existen otro tipo de trastornos que también han sido estudiados con personal de la salud, Margison, OIT (2000) revela tasas de suicidio en los médicos tres veces más altas que en la población en general, así como el de cirrosis también tres veces más elevado y en accidentes de tránsito, las tasas son dos veces superiores. Este autor informa que la depresión, el alcoholismo y la adicción a las drogas están más asociados a los psiquiatras y a los anestesistas.

El nivel de mortalidad ocupacional en los psiquiatras y los pediatras alcanzan los extremos polares, encontrándose entre los psiquiatras la tasa más alta de mortalidad (Blachy, Disher y Roduner, citados por Moreno-Jiménez, 1995)

Por otra parte Suominen, (2003) estudiaron las muertes por suicidio en la población de enfermeras, mayores de 50 años, los autores mencionan la asociación del suicidio con la depresión, describen los casos de enfermeras adultas en Finlandia, que contaban con datos de tratamiento psicológico durante los últimos doce meses previos al estudio, estos casos son incluidos en la población total de suicidios (1397 casos) los autores refieren que existe una alta comorbilidad psicosomática con los

suicidios en la población de enfermeras, que se manifiesta a través de un síndrome depresivo, que experimentaron antes de tomar la decisión del suicidio.

Estos autores proponen un adecuado tratamiento de los desórdenes somáticos y de los trastornos mentales, particularmente de la depresión, ya que es uno de los principales trastornos del estado de ánimo en esta población, que se asocia con decisiones fatales y recomiendan, reconsiderar cognitivamente el riesgo en la población de enfermeras, a través de acciones preventivas en el campo de la salud mental.

Molina, (1996) llevó a cabo una investigación con la finalidad de determinar la carga laboral del profesionista de enfermería en el Hospital central de Maracay, Venezuela. El estudio permitió determinar la triple carga laboral en la unidad de cuidados intensivos de dicho hospital. La población de estudio estuvo integrada por 22 enfermeras que equivalen al 54% de quienes forman parte de la unidad de cuidados intensivos, todas son especialistas en terapia intensiva y están distribuidas en los diferentes turnos de trabajo. Se empleó un cuestionario de 35 preguntas dónde se obtuvieron datos generales, vida familiar y un test psicológico. Los principales hallazgos se asocian con alta presencia de trastornos del estado de ánimo, estrés y fatiga.

Como pudimos observar las investigaciones indican alta prevalencia de trastornos mentales, psicosomáticos y fatiga en esta población de trabajadores, sin embargo no

podemos olvidar la influencia del contexto socioeconómico y político, el actual modelo neoliberal ha conducido al desmantelamiento del estado de bienestar, produciendo un impacto desfavorable en el campo de los los servicios públicos de salud.

La privatización, la mercantilización de los bienes sociales ha llevado, entre otros efectos, al deterioro de las condiciones del trabajador. La tarea asistencial se vuelve muy estresante, la desprotección social impacta al profesional y a la vez limita sus posibilidades terapéuticas. La desprotección social de la población asistida y del propio cuerpo profesional, el desmantelamiento o el deterioro de los recursos sanitarios vulnera a la práctica profesional.

Bajo estas condiciones económicas, políticas y sociales, Breilh, (1996) refiere que las condiciones de trabajo hospitalario en Ecuador se han deteriorado en las últimas décadas y se perfila un empeoramiento aún mayor en el contexto neoliberal. Sondeos anteriores detectaron la presencia de altos índices de sufrimiento mental en trabajadores de la salud. El estudio se efectuó con los internos rotativos de los cinco principales hospitales públicos de Quito que cursaban el séptimo año de la Escuela de Medicina.

Se aplicaron instrumentos epidemiológicos para establecer la inserción social y las condiciones de vida de los internos; un instrumento (EPISTRES) especialmente diseñado para medir la presencia de estresores y la versión de 28 ítems del Goldberg

(GHQ), para determinar la magnitud del sufrimiento mental de los estudiantes. Se compararon, además, índices de morbilidad asociada con el estrés al que estaban expuestos antes y durante el internado.

Los resultados corroboraron la utilidad de los instrumentos aplicados y encontró una alta prevalencia e incidencia de sufrimiento mental en la población referida. Se demuestra el condicionamiento social de la patogenicidad del estrés laboral y alerta sobre la urgente necesidad de introducir medidas de regulación laboral y prevención en el personal de los servicios de salud.

Por otra parte sobre el uso de sustancias y la presencia de trastornos mentales en trabajadores del sector servicios, Pirkola, (2005) retoma la información de prevalencia de las variaciones acumuladas de trastornos en comorbilidad en población en general, relacionados con la etiología a partir de la investigación de los sistemas de servicios.

Este estudio toma una muestra representativa de 6005 personas finlandesas, mayores de 30 años, con las que se intervino en el periodo 2000-2001 ocupando los criterios diagnósticos de la CIE-10 y el DSM-IV de trastornos mentales, con duración en los últimos 12 meses comprendiendo los desórdenes desde una visión multidisciplinaria de la salud.

Se encontró la presencia de depresión asociada al uso de alcohol en 21% de la muestra, el 19% presentaba trastornos mentales. Las mujeres mostraron mayor porcentaje de trastornos depresivos con un 8.3%, la mayoría de las personas, eran casadas y empleadas, con una predicción baja de trastornos mentales en comorbilidad, los trastornos están asociados con la relación marital y el estatus de empleo, el puesto, así como con las actividades e ingresos económicos.

Es relevante observar la relación que existe entre el trabajo y la salud mental de los trabajadores y reconocer los trastornos asociados como el uso de tabaco, alcohol y la depresión.

En el mismo orden de ideas, Sansores, (1999) realizó un estudio para determinar la prevalencia de tabaquismo en los trabajadores de los Institutos Nacionales de Salud en México (INSALUD) a partir de la aplicación de una encuesta entre trabajadores que voluntariamente contestaron el cuestionario; se identificó al fumador con dos preguntas específicas y se indagó la actividad laboral clasificada en médicos, administradores, investigadores y servicios generales.

Una prevalencia de 28% de fumadores de un total de 4422 cuestionarios que fueron respondidos, se identificó en trabajadores del sexo femenino, administradores, trabajadores que viven en unión libre y separados. El Instituto Mexicano de Psiquiatría mostró la prevalencia más elevada, aun después de un ajuste por

confusores. También fue mayor entre médicos del mismo instituto. De los fumadores 46% fuman en su área de trabajo y 78% de los fumadores quieren dejar de fumar.

La prevalencia de tabaquismo en los Institutos, es tan alta como la de la población general y se requiere un programa educativo amplio para el control y prevención del hábito de tabaco en esta población.

Por otra parte Wilhelm, (2004) efectuó una extensa búsqueda documental, detectando la relación e influencia del trabajo con la salud mental.

Algunos estudios reconocen la asociación, de la depresión y el abuso de sustancias con traumas que se originan con la ocupación específica, así como los riesgos y exigencias del puesto, como estar en un lugar de trabajo estresante, estar expuesto a peligros y el estrés postraumático.

En el estudio se encontró que las principales consecuencias del trabajo, están asociadas con el surgimiento de trastornos mentales tales como: el estrés postraumático, el abuso de sustancias incluyendo estimulantes, así como depresión, producto de la limitación de la autonomía, rotación de turno y fácil acceso al alcohol. El tipo de ocupación también está relacionado con las características de personalidad del trabajador, los autores sugieren se realice mayor investigación longitudinal sobre estos trastornos en estas poblaciones.

Estos antecedentes evidencian la exposición especialmente a exigencias en los trabajadores del sector salud, en particular en los del primer nivel de atención, por lo cual esta investigación se dirige a estudiar la influencia y relación del proceso de trabajo en el surgimiento de diversos trastornos en la salud. La importancia deriva también en la necesidad de diseñar estrategias y líneas de acción preventiva con estos trabajadores.

III MARCO CONCEPTUAL

3.1 El proceso del trabajo

Este apartado precisa las categorías fundamentales que dan sustento a nuestro objeto de estudio, en primer lugar abordamos el concepto de proceso de trabajo y sus componentes, en segundo lugar definiremos el concepto salud mental de los trabajadores y los principales trastornos psíquicos, psicosomáticos y músculo esqueléticos detectados en investigaciones previas.

Según Breilh, (1982) la medicina social es un cuerpo sistematizado y congruente de conceptos, métodos y técnicas necesarias para la interpretación y transformación del proceso salud-enfermedad, relacionado estrechamente con la compresión de nuestro objeto de estudio, la salud de los trabajadores.

Breilh, refiere que la dimensión social de la compresión de la salud de los trabajadores, incorpora cuatro áreas de conocimiento: 1) La epidemiología, la cual es un cuerpo técnico y metodológico de gran alcance para identificar las características del perfil salud-enfermedad en los grupos sociales, en el caso concreto de la presente investigación se realizará un estudio epidemiológico con un grupo de trabajadores; 2) El saber en salud, del cual se desprenden las formas en que estos grupos enferman, así como las posibles causas y determinantes, en este caso interesa conocer cómo el proceso de trabajo enferma a los trabajadores; 3) Las prácticas en salud dirigidas a los trabajadores, al proceso de trabajo y sus elementos

mediadores y 4) La planificación y administración en salud, que es de utilidad para involucrar a la organización laboral y sus integrantes en el mantenimiento y cuidado de la salud.

Este conjunto de elementos fundamenta la razón por la cual el estudiar la relación existente entre el proceso de trabajo en el personal del sector salud es importante, debido a las condiciones en que estos grupos sociales trabajan, viven, enferman y mueren.

Es de suma importancia reconocer la función que han tenido otras disciplinas científicas por sus aportes al estudio de la salud de los trabajadores como: La medicina, la ingeniería industrial, la psicología del trabajo, la ergonomía, la economía, la antropología social, la psiquiatría, entre otras ciencias.

De ahí se desprende la importancia de definir el contexto y enfoque de la aplicación de las diversas disciplinas a un campo en particular como lo es la salud de los trabajadores, donde el trabajador se convierte en objeto de estudio y se identifican como determinantes los elementos del proceso de trabajo.

El objetivo fundamental del proceso de trabajo es el de la reproducción del hombre por medio de la satisfacción de sus necesidades. Sin embargo, en sociedades como la nuestra este objetivo es la generación de ganancias básicamente mediante la explotación de los trabajadores.

Pasa así a un plano secundario la satisfacción de sus necesidades, empezando por el trabajo mismo. Laurell y Noriega, (1989) Nos comenta que el hombre a través de su fuerza de trabajo transforma objetos en productos, que satisfacen necesidades individuales y colectivas, pero este proceso de producción a su vez influye en el trabajador reproduciendo sus áreas biológicas, mentales y sociales, las cuales al relacionarse con el proceso productivo determinan el perfil salud-enfermedad en el grupo de trabajadores.

Respecto a la importancia del trabajo en la salud de los trabajadores son significativas las reflexiones de Laurell y Noriega, (1989) el cual reconoce que el trabajo no sólo no es productor de enfermedad, sino que posibilita la vida humana misma. Sin el trabajo no podría existir el hombre, ni forma alguna de sociedad. Pero para que el hombre se reproduzca no sólo es necesario el trabajo, sino que aquello que se produjo con su actividad transformadora se consuma para la satisfacción de sus necesidades.

Por eso podemos hablar de dos etapas. En la primera (proceso de trabajo), los hombres o la comunidad actúan y se relacionan con la naturaleza (con sus materiales) a través de determinados instrumentos de trabajo para generar productos, bienes y servicios. La segunda (proceso de consumo), la comunidad consume los bienes producidos con lo que completa el ciclo vital o reproductivo; es decir, si no hubiera producción de bienes, no podría realizarse su consumo, pero de

igual manera, si estos bienes no se consumieran, tampoco sería necesaria la producción de los mismos. Como se aprecia, cada fase depende de la otra y sin su concurso es imposible la existencia humana.

La realidad capitalista reduce al hombre a fuerza de trabajo. La reducción del obrero a mercancía, a una máquina más del complejo aparato productivo, trae consecuencias directas tanto en su condición de hombre, como en su salud, sus enfermedades y sus formas de morir (...) La consecuencia de la división de la sociedad es que el ciclo vital humano se convierte en un proceso enajenante, o sea, un proceso donde la mayoría de los hombres (los trabajadores) quedan ajenos a algo que les pertenece, es decir su trabajo. Por eso la enajenación puede definirse, entonces, como la falta o la pérdida de control, dominio y dirigencia, en el ámbito colectivo e individual, sobre los procesos vitales de los hombres, incluyendo los procesos orgánicos. Noriega, (1989)

"...en el trabajo enajenado el trabajador se convierte en mercancía (...) ya que se empobrece mientras más riqueza produce. El producto del trabajo es el trabajo plasmado en un objeto convertido en cosa, es la objetivación del trabajo, el producto del trabajo es la enajenación. Se relaciona con la producción, el producto es el resultado de la actividad de la producción, así, pues, la producción misma tiene que ser, necesariamente, la enajenación de la actividad o la actividad enajenante, en el que el hombre se enajena, es un trabajo en que se sacrifica a sí mismo y se mortifica

finalmente, la exterioridad del trabajo. Para el trabajador no es su propio trabajo sino un trabajo ajeno"... Marx, (1987)

Podemos definir al proceso de trabajo como el conjunto de elementos y componentes que se realizan en distintas etapas, cumpliendo con la finalidad de la generación de bienes, productos y servicios necesarios para la satisfacción de las necesidades humanas, a través de la transformación de la naturaleza y la sociedad.

Noriega refiere que, el proceso de trabajo se compone de cuatro elementos; los objetos (materias brutas, materias primas), los instrumentos o medios de trabajo (máquinas, herramientas, equipos, instalaciones), la actividad de los trabajadores, es decir, el trabajo mismo, o sea, la puesta en acción de su fuerza de trabajo y alguna forma o formas de organización y división del trabajo. De la manera como se combinen estos cuatro elementos dependerán, en gran parte, las condiciones de la salud y de la enfermedad de los trabajadores.

El objeto de trabajo es el material sobre el que se actúa, el cual se transforma en producto. Puede haber diversos objetos de trabajo en un proceso, alguno de éstos pueden constituir el principal componente de un producto y otros, secundarios o bien los consumen los instrumentos de trabajo. Noriega, (1989)

Los objetos de trabajo son las materias primas, u objetos específicos de cada tipo de trabajo sobre los cuales se trabaja manipulando sus propiedades con la intención de

transformarlos, estos pueden ser de diversa naturaleza, es necesaria su identificación de acuerdo al tipo de actividad que el trabajador realiza.

Es importante conocer los diversos objetos de trabajo que intervienen en el proceso porque tanto éstos como las transformaciones que sufren pueden significar riesgos para la salud de los trabajadores. Las características de los objetos que deben tomarse en cuenta son las físicas, químicas y biológicas, ya que se convierten en condiciones potencialmente nocivas para su salud integral.

Los medios de trabajo son todos aquellos elementos que se usan para transformar el objeto en producto. Es el "vehículo" de la acción del trabajador sobre dicho objeto. Son todas aquellas herramientas o instrumentos que median entre los trabajadores y los objetos. Abarcan desde las capacidades físicas y motoras del hombre como las manos, pies, piernas, etc., hasta las herramientas, maquinas y equipos de cómputo, así como las instalaciones y espacios mobiliarios del centro de trabajo.

El trabajador utiliza las propiedades mecánicas, físicas y químicas de los medios de trabajo para transformar el objeto. Estos elementos pueden ser tan simples como una pala o un martillo o tan complejos como el alto horno de una fundición. Cuando el trabajador utiliza el instrumento de trabajo lo hace de una manera determinada, que depende en buena parte de las características específicas del instrumento. Es necesario explicar que los medios de trabajo no sólo son los instrumentos o las herramientas (martillos, palas, etc.), o los equipos automatizados y computarizados,

sino también, en un sentido más amplio, las instalaciones de cada centro laboral. Es decir, todo el mobiliario, incluyendo pisos, techo, guardas, paredes, escaleras, etc. Forman parte de los medios de trabajo. Al objeto y los medios de trabajo en su conjunto se les llama medios de producción. Los cuales en el contexto de los trabajadores de los servicios pasan inadvertidos por no considerarlos riesgosos pese a su empleo constante.

El trabajo, es decir, la actividad humana es otro elemento del proceso laboral y el fundamental ya que sin él no se genera la riqueza. La actividad que realiza el trabajador requiere de esfuerzo físico y mental. Cargar o mover cosas, accionar palancas, soldar, caminar, agacharse, concentrarse para hacer correctamente un corte, cuidarse para no sufrir algún accidente, vigilar la maquinaria o herramienta o el producto, un tablero, etc. Todas estas actividades requieren de un aprendizaje y cada una de éstas exige al trabajador diversas habilidades o capacidades.

"...El trabajo es definido como una actividad central y básica que diferencia al género humano del animal. Es el trabajo lo que ha permitido la transformación reciproca entre el hombre, la naturaleza y la satisfacción de sus necesidades a través de la creación de bienes. Esta actividad fundamental en la que se encuentran incorporadas las potencialidades físicas y psíquicas del hombre, le han permitido no sólo su desarrollo y reproducción biológica, sino que ha posibilitado también el desarrollo de sus capacidades mentales y la construcción de un espacio social"... Martínez, (1997)

En el mismo sentido Noriega, (1989) considera que el trabajo es el medio a través del cual el hombre produce bienes para satisfacer sus necesidades. El hombre se crea, se produce y se reproduce a través del trabajo, puesto que su desarrollo sólo es posible en la medida que elabora sus propios instrumentos y transforma los objetos existentes en la naturaleza por medio de su actividad.

Reitera que es el trabajo una actividad fundamental para el ser humano ya que además de crearlo física y mentalmente, adapta la forma de su cuerpo a su propio trabajo, desde un punto de vista individual y colectivo, le permite, más que ninguna otra actividad, el desarrollo de todas sus capacidades, incluyendo las imaginativas y creativas.

El trabajo, es componente central de este proceso y es el que hace la diferencia entre el trabajo humano y el animal. El hombre así, además de crearse en el propio trabajo, satisface sus necesidades. El trabajador mediante esta actividad utiliza y aplica sus capacidades intelectuales, habilidades y conocimientos con el fin de producir. Así, el trabajo lejos de ser nocivo para la salud es el principal contribuyente para el adecuado desarrollo de la especie humana.

El trabajo pues, es el elemento central del proceso de trabajo y determina, en gran medida, las características del proceso y el control que se ejerce sobre él. Gutiérrez, (1998)

"... Es obvio que en principio el tipo de proceso de trabajo en que se participe define la actividad que el trabajador debe ejecutar, (...) la actividad que se realice dependerá tanto del desarrollo técnico del proceso de trabajo como de la organización y división del mismo"...

El desarrollo técnico influye en la actividad del trabajador debido a las características de los objetos e instrumentos de trabajo, principalmente estos últimos. Por ejemplo, un instrumento manual requiere de mayor esfuerzo físico del trabajador que un instrumento mecanizado; aunque dicho instrumento mecanizado bien podría exigir mayor esfuerzo mental o representar mayor peligro de provocar un accidente. Noriega, (1989)

La organización y división del trabajo podemos definirla como otro elemento fundamental del proceso de trabajo y se refiere a la duración de la jornada de trabajo, el ritmo en que se produce, los mecanismos de supervisión a los trabajadores, los incentivos para la producción; la creatividad, complejidad, peligrosidad de la tarea, etc. (...) La organización del trabajo al igual que el desarrollo tecnológico representa un papel muy importante para la determinación de las características de la actividad física y mental del trabajador. Una actividad que deba repetirse cientos de veces durante el día a una elevada velocidad a fin de cubrir la cuota de producción; que requiere de estar sentado ocho o nueve horas sin voltear la vista para ningún lado y sin poder hablar con nadie demanda al trabajador un esfuerzo físico y mental

diferente al que exige a aquel trabajador que está expuesto al rayo del sol. Noriega, (1989)

La organización y división del trabajo es la forma en que se sistematiza la interacción entre el proceso y las formas de funcionar de los trabajadores. De esta manera se controla, regula y dirige la capacidad productiva de los trabajadores.

Algunas teorías como las de Theorell y Karasek; plantean que todo proceso laboral en el cual el trabajador no ejerce control sobre el mismo, puede generar la aparición de serios trastornos mentales. Así, se han propuesto algunos modelos que explican esta situación.

Esta teoría señala que el control es una variable moderadora por que, de alguna manera, determina las consecuencias que se obtienen del aprendizaje en sentido positivo o negativo. Estos autores encontraron que los factores ambientales, que permanecen durante un tiempo prolongado, determinan parcialmente la personalidad y posteriormente, los efectos del medio ambiente son moderados por la orientación previa que la persona ha desarrollado. Karasek, (1990)

Otro factor relevante se encuentra en las nuevas tecnologías y las formas de organización y división del trabajo, las cuales han influido a tal grado en el proceso laboral, que han trastocado no sólo las características de la actividad sino hasta el

control fisiológico y mental que ejercen los propios trabajadores y las formas en que se incorporan en el propio proceso. Gutiérrez, (2004)

Como se puede apreciar, la organización del trabajo se encuentra presente en cualquier proceso laboral y constituye otro aspecto importante que hay que analizar cuando se trata de conocer cuáles son las causas que provocan daños a la salud de los trabajadores.

En síntesis, los procesos laborales se conforman dependiendo del objeto de trabajo, de las características de la base técnica y de la organización y división del trabajo, como sus elementos centrales. A su vez, estas características determinan la presencia de numerosos elementos, entre los cuales destacan la generación de diversos riesgos y exigencias laborales. Martínez, (1997) los cuales pueden constituirse en mediadores y determinantes del perfil salud-enfermedad.

Los riesgos y las exigencias son categorías intermedias, que se derivan de los elementos generales del proceso laboral y sirven para explicar problemas específicos, surgen en forma paralela y son de utilidad para identificar los probables daños que se pueden producir en la salud de los trabajadores y la colectividad.

Entendemos por riesgos los elementos potencialmente nocivos que se generan por la interacción con los objetos de trabajo y la utilización de los medios de producción. Han sido clasificados en 3 diferentes grupos dependiendo de su lugar de origen: 1)

riesgos derivados de la utilización de los medios de trabajo tales como: temperatura, ventilación, ruido. 2) riesgos derivados de los medios de trabajo en sí mismos: Instalaciones, instrumental, aparatos y 3) riesgos asociados a las condiciones insalubres o a la falta de higiene: limpieza e higiene en las instalaciones, orden, control de basura, contaminantes químicos y biológicos, el agua para beber.

Las exigencias, se definen, como las necesidades específicas que se desprenden del trabajo y de las formas de organización y división internas del proceso laboral. Se han clasificado en diferentes grupos: 1) exigencias relacionadas con el tiempo de trabajo: características de la jornada, rotación de turnos, tipos de horario, trabajo nocturno. 2) exigencias relacionadas con la cantidad e intensidad de trabajo: atención, concentración, tareas minuciosas, trabajo repetitivo, cuota de producción 3) exigencias relacionadas con la vigilancia en el trabajo: supervisión estricta, estricto control de calidad. 4) exigencias relacionadas con la calidad o el contenido del trabajo: incomunicación y aislamiento, espacio de trabajo reducido, trabajo aburrido, trabajo peligroso, trabajo denigrante, órdenes confusas, trabajo que puede ocasionar daños a la salud. 5) exigencias relacionadas con el tipo de actividad en el puesto de trabajo: esfuerzo físico pesado, uso de aparatos, cargas, posiciones incómodas, permanecer de pie o sentado, asientos incómodos, etc.

Los riesgos y exigencias no son los únicos elementos que afectan al trabajador, también pueden hacerlo los llamados componentes humanizantes, ya sea por su ausencia o disminución, como lo señala Noriega, (2001):

1. Relación entre concepción y ejecución.
2. Satisfacción en la realización de las actividades.
3. Desarrollo de creatividad e iniciativa.
4. Desarrollo de habilidades y destrezas.
5. Valoración del trabajo por los compañeros.
6. Valoración del trabajo por los jefes.
7. Formación permanente.

Estos pueden motivar o generar insatisfacción a los trabajadores, condición importante para percibirse como parte de la organización e incrementar o disminuir la auto-eficacia y el autoestima.

El trabajo también genera un proceso de reproducción social, ya que esta interacción entre individuo y sociedad cumple con el objetivo de satisfacer las necesidades"... Cuando hablamos de la salud de los trabajadores no sólo hacemos referencia a los hechos mórbidos que suceden en los centros laborales sino, principalmente, a las condiciones en las cuales se vive y se trabaja y a las causas específicas que generan los problemas de salud.

Una preocupación de los profesionales de este campo y también de los trabajadores, ha sido la de poder entender la complejidad de esta problemática e identificar alternativas para mejorar la calidad de vida y de trabajo"...Noriega, (2001)

Por otra parte "... El proceso de producción tiene una importancia crucial en la aparición de diversos trastornos, tanto a nivel somático como mental. Sin embargo, no se descarta que el trabajo en sí mismo pueda constituirse en fuente de placer, de realización personal, de fortalecimiento de la autoestima y de identidad, y ser la causa consecuente que facilite el bienestar y la integridad física y mental. Sin embargo, las perturbaciones psicofisiológicas vinculadas a la vida laboral se han constituido en fenómenos más frecuentes en la realidad social, que obliga a abordarlos con mayor prioridad"... Martínez, (1997)

En el sector de los servicios, particularmente los de salud, el trabajador pareciera ser inmune al impacto de su proceso de trabajo, por ser profesional de la salud. Sin embargo, las altas cargas de trabajo, los riesgos a los que está expuesto y el alto nivel de exigencias, se convierten en condiciones necesarias para evaluarlas y generar propuestas de control y modificación de aquellas condiciones que se identifiquen como nocivas y generar conciencia en los trabajadores sobre la autoprotección de la salud en el trabajo.

3.1.1 El proceso del trabajo en el sector salud

La medicina se determina como una actividad laboral y por ello puede entrar en las formulaciones presentadas como cualquier otro trabajo, incluso porque tales formulaciones abstractas solo son válidas a partir de los trabajos particulares y de su

organización en un conjunto articulado, lo cual permite criterios para su comprensión capaces de dirigir una percepción más concreta como refiere Mendes, (1984).

Un factor importante de reconocer en el proceso laboral de quienes prestan servicios médicos es la participación social que tienen mediante el intercambio del producto de su trabajo en relación con los demás, Mendes, (1984) menciona que ... "Al definir la medicina como trabajo, es necesario recalcar que su articulación con el conjunto del trabajo social no es accidental o "externa", en la que su producto es una carencia externa que necesariamente hay que interiorizar, de manera proporcional su objetivo se define por duplicado, en el producto en sí y en la obtención de los productos de los otros trabajos que el producto en sí exterioriza y le proporciona, con lo que se puede entender inicialmente la idea de subordinación de su contenido técnico a las exigencias que aquella le impone"...

Es decir la "carencia", que da sentido social y determina el trabajo médico, es que la salud es un producto en sí mismo y también es parte sustancial de la fuente de producción de otros productos (trabajador), de ahí su doble función. Así, la incidencia del trabajo médico sobre el intercambio social se refiere a la preservación de la salud que garantiza la continuidad de diversos procesos de trabajo, en una especie de "reparación" de la pieza central del proceso de producción, el trabajador. Gutiérrez, (2004)

El proceso de trabajo en el sector servicios cumple con otorgar atención a otros individuos, a través de la interacción. Sin embargo, en este sector no se conjugan los elementos del proceso laboral de la manera como ocurre en otros sectores, como por ejemplo en el industrial, sobre todo por que el objeto y el producto final, no es el mismo. En el sector de los servicios generalmente el "objeto" se identifica como un sujeto, que asiste a solicitar un servicio, como en los servicios médicos donde se acude a un tratamiento para solucionar una afectación en la salud.

El elemento central del trabajo sanitario es un paciente ya sea sano o enfermo, que recibirá atención y que, inevitablemente, estará inmerso en ciertas transformaciones necesarias para restablecer su salud o lograr su recuperación. El sujeto de este proceso es un portador de necesidades y tiene una naturaleza fisiológica, psíquica y social.

Por este motivo durante el proceso de atención ningún ser humano puede ser separado de cualquiera de éstas (...) el objeto de trabajo del médico pasa por una aprehensión intelectual, por esa adaptación de lo natural al proyecto y puesto que se trata siempre de un proceso reiterado, a los instrumentos que se constituyan para llevarlo a cabo. Desprender su objeto de sus conexiones naturales se presenta pues como el primer momento de este trabajo, momento doblemente determinado por la finalidad que el trabajo escogió y por los instrumentos que utilizará; el objeto así desprendido, en la medida en que pierde su naturalidad y se conforma al proceso en que entra, se determina entonces como objeto-sujeto de trabajo, Mendes, (1984)

Las características del objeto-sujeto de trabajo, lo obliga a un involucramiento profundo con él, que se representa como un peso extra en la comprensión del trabajo sanitario, que debe alejarse de él como humano, para poder identificarlo como objeto.

En este sentido el trabajo médico, se sitúa en una contradicción o complicación en su objeto de trabajo y en las características especiales que lo marcan en cuanto portador indisociable de la propia necesidad que hecha objetivo, motiva su trabajo.

Por otra parte los medios de trabajo en este tipo particular de proceso, se plantean en tres grupos:

El primer grupo, se refiere al conocimiento teórico que los trabajadores de la salud tienen sobre los sujetos (pacientes y seres humanos) con los que interactúan y se involucran. Por parte del trabajador de la salud, su capacidad intelectual posibilita el acercamiento al sujeto, objetivo de su práctica.

El segundo corresponde a la dimensión manual del médico. Es decir, todos los conocimientos teóricos que posee debe plasmarlos en la práctica y así identificar las características particulares del sujeto con el que interactúa e identificar sus padecimientos físicos, mentales y sociales.

El tercer grupo se refiere a todos aquellos instrumentos materializados, que hacen posible la aplicación del conocimiento durante la práctica médica. Mendes, (1984) como las herramientas y recursos tecnológicos necesarios en su actividad.

Los elementos que los trabajadores de la salud, médicos, enfermeras y asistentes médicos interponen entre ellos y los sujetos-objetos, son denominados medios de trabajo. Estos pueden ser rudimentarios como: formatos, bolígrafos y básculas, hasta el equipo médico especializado como instrumental, equipo de laboratorio, estetoscopio, etc. u otros con un alto desarrollo tecnológico, de acuerdo al tipo de servicio que proporcione tales como: equipo de rayos X. de cirugía, aparatos computarizados para tomografía, polígrafo, electrocardiograma.

Dentro de estos medios, se comprende también el mobiliario, las instalaciones y características de las mismas como: pisos, techos, paredes, rampas, consultorios, salas de emergencia, quirófanos, laboratorios, etc., que permiten desarrollar en las mejores condiciones el trabajo en esta profesión.

Al personal de atención a la salud se le confiere una responsabilidad mayor, el cuidado y restablecimiento de la salud como producto de su quehacer, empleando medios o instrumentos conocidos exclusivamente por ellos.

El brindar atención médica a los pacientes es su trabajo y actividad profesional, la finalidad es el restablecimiento de la salud. Esta función exige el empleo de las

capacidades sensoriales, físicas y sobre todo mentales para detectar las alteraciones que padecen los pacientes en su integridad y por lo cual asisten a solicitar atención médica.

El personal de atención a la salud realiza un trabajo psicofísico básicamente, sin embargo debido a los procesos de flexibilización y empleo de nuevas tecnologías han tenido que abarcar otras funciones distintas como el empleo de equipos de cómputo y aparatos sofisticados que además de la habilidad física requieren de una atención y concentración prolongada, lo que origina elevados niveles de atención, estrés, fatiga y posiciones forzadas que demandan un trabajo exhaustivo.

Como se organiza y divide el trabajo constituye otro componente fundamental. En términos concretos, implica que se especialicen los trabajadores en partes específicas de la secuencia laboral, tales como: funciones médicas, de enfermería, asistencia administrativa, laboratorios y actividades preventivas, las cuales cumplen con una función concreta que parcializa todo el proceso.

La organización y división del trabajo entraña la regulación de los ritmos de trabajo impuestos por la demanda de atención, la repetitividad, la complejidad, la creatividad y peligrosidad de la tarea, así como la duración de la jornada de trabajo y los mecanismos para dar incentivos a los trabajadores, entre otros. Noriega, (2001)

El desarrollo cotidiano de las actividades del personal médico, lo expone a un conjunto de riesgos y exigencias que se originan en la naturaleza de las funciones que realiza, además de la cantidad e intensidad de trabajo y del tiempo de exposición. Algunas exigencias, como la supervisión y vigilancia de procesos, el control de calidad en el trabajo y cuotas de atención a pacientes, se derivan de la propia organización y división del trabajo. Factores que pueden originar malestares, daños, sufrimiento y trastornos psicosomáticos, músculo esqueléticos y psíquicos que se asocian a una baja productividad, despersonalización y poco reconocimiento y apoyo a su trabajo.

Los profesionales de los servicios de atención a la salud, realizan un trabajo noble pero también pueden presentar altos niveles de exigencia, horarios y jornadas extensas, espacios de trabajo reducido y posiciones forzadas, así como a riesgos biológicos y del medio ambiente que definen sus condiciones de salud o enfermedad.

Estos trabajadores sufren diversos trastornos mentales como: depresión, estrés, ansiedad, adicción a sustancias, trastornos del sueño, músculo esqueléticos, psicosomáticos digestivos, cardiovasculares, y fatiga entre otros.

Según algunas investigaciones revisadas, la relación de estos trastornos con los riesgos y exigencias que se desprenden del proceso laboral son razón suficiente para estudiar a esta población y proponer mejoras, así como acciones correctivas y preventivas.

Generar conciencia en este sector sobre la autoprotección y el cuidado a la salud es de vital importancia para romper con creencias sobre su inmunidad y coadyuvar a la construcción de una nueva cultura laboral en los trabajadores de la salud.

3.1.2 Salud mental y trastornos mentales relacionados con el trabajo

Según la Organización Internacional del Trabajo (2000), la Organización Mundial de la Salud (1998) y otros organismos internacionales hay muchas opiniones acerca de los componentes y procesos de la salud mental. Es un concepto muy cargado de valor y no es probable que se llegue a una definición unánime de él.

La salud mental se define como: un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos como: placer, satisfacción y comodidad o negativos: ansiedad, estado de ánimo depresivo o insatisfacción. Freedman, en: OIT (2000)

La salud mental también es definida como un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia y autonomía ambos aspectos clave de la salud mental; o también como el resultado de un proceso: un estado crónico debido a la confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático, o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso. Es lo que ocurre en la

fatiga, así como en las psicosis, los trastornos depresivos mayores y el abuso de sustancias psicoactivas. Freedman, en: OIT (1998)

La salud mental puede asociarse también con características de la persona como los estilos de afrontamiento, la competencia incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno, la autoeficacia, así como la aspiración, los cuales son rasgos de una persona mentalmente sana, la cual se muestra interesada por su entorno. Participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos.

Así pues la salud mental se conceptualiza no sólo como un proceso o una variable de resultado, sino también como una variable independiente; es decir, una característica personal que influye en nuestro comportamiento. Houtman, en: OIT (1998)

Así mismo para comprender el concepto de trastorno mental, es necesario definir el concepto de mala salud mental, a fin de esclarecer estas categorías que son de vital importancia para este estudio."...La epidemiología ha puesto de manifiesto que los patrones de enfermedad y las tasas de mortalidad en cada época y en cada país están causalmente relacionados con estructuras y condiciones económicas y sociales que no responden a las necesidades humanas básicas del mayor número. Así, algunos problemas de salud mental están engranados en la forma de vida y en el carácter social. Ambos reflejan las incongruencias y las inequidades de la

sociedad. Cuando hablamos de mala salud mental nos referimos no sólo a entidades nosológicas definidas, sino también a diversas condiciones psicopatológicas que son más sutiles y más difíciles de definir que incluyen una variedad de trastornos emocionales y psicofisiológicos"... De la Fuente, (2002)

El concepto de trastorno mental debe ser estudiado, desde un punto de vista histórico y por lo tanto social. ..."Es requisito indispensable poder ubicar con precisión cuáles son los determinantes de carácter económico, político e ideológico, así como los parámetros normativos y valorativos que rigen a la sociedad en un momento determinado, para poder caracterizar cuándo un comportamiento puede ser considerado como trastorno o no. Esto implica tomar en cuenta elementos de orden individual, desarrollo de la personalidad, dotación genética, características del grupo familiar que impactan la formación del individuo, etcétera y de carácter grupal, entendiendo al grupo no como la sumatoria de individuos, sino con base en su inserción en un espacio social y enmarcados en una sociedad concreta en un momento histórico específico"... Martínez, (1997)

Con este conjunto de elementos ha sido también factible entender a los trastornos mentales, no como enfermedades orgánicas sino como problemas de la vida que tienen repercusiones relevantes para el individuo en términos de su relacionalidad cotidiana. Martínez, (1997)

Para efectos de la definición de los trastornos mentales en este apartado se utilizará el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (1996), a partir del cual se definirá cada trastorno mental, se realiza la descripción como un síndrome o un patrón conductual o psicológico de significación clínica, que aparece relacionado a malestares, discapacidad y deterioro en una o más áreas del funcionamiento individual, asociado también a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular como la muerte de un ser querido. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, aunque haya sido producida por el trabajo.

Ni el comportamiento desviado de las costumbres políticas, religiosas o sexuales de la mayoría, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción y transgredan la integridad del individuo y la sociedad.

Para efecto del presente estudio se toma en cuenta la importancia del surgimiento de trastornos en la salud mental de los trabajadores como los son: El trastorno depresivo, el estrés, la ansiedad, la dependencia de sustancias como tabaco y

alcohol, la fatiga, los trastornos del sueño, trastornos psicosomáticos digestivos, cardiovasculares y músculo esqueléticos.

..."Son varios los motivos que demuestran la necesidad de prestar atención a los problemas de salud mental. En primer lugar, las estadísticas de varios países indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental. En los países bajos, por ejemplo, los problemas de la tercera parte de los trabajadores diagnosticados cada año de incapacidad laboral están relacionados con la salud mental. La mayor parte de este grupo, el 58%, son relacionados con el trabajo, junto con los problemas músculo esqueléticos, los de la salud mental son responsables de alrededor de dos terceras partes de todas las bajas anuales de causa médica. Houtman, en OIT, (1998)

En un estudio comparativo de normativas, políticas y prácticas referentes a la salud mental y al estrés profesional en cinco países europeos, los que disponen de leyes marco como: Suecia, Países Bajos y Reino Unido, reconocen que los problemas de salud mental en el trabajo son temas importantes para la salud y la seguridad. Kompier, en OIT, (1998)

Por otra parte, la prevención de los trastornos mentales y la mala salud mental es rentable. Son muchos los indicios de que los programas preventivos producen beneficios importantes. Por ejemplo, del total de empresas de una muestra nacional representativa de tres grandes ramas de la industria, el 69% afirmaron que la

motivación aumentó, el 60% que el ausentismo por enfermedad disminuyó, el 49% que el ambiente laboral mejoró y el 40% que la productividad se incrementó a consecuencia de un programa de prevención, Houtman, en OIT, (1998)

Para comprender el objetivo de esta investigación es necesario definir cada uno de los trastornos que vamos a estudiar, aunque no se van a revisar de manera exhaustiva, de forma general identificaremos sus características diagnósticas. Basándonos en los criterios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), (2000), así como del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-IV, (1996) y otros autores que han estudiado este fenómeno, a fin de definir categóricamente estos trastornos y su relación con el trabajo.

Características diagnósticas del Trastorno depresivo mayor

La depresión es un trastorno de enorme importancia en el campo de la salud mental de los trabajadores, no sólo en lo que concierne al impacto que puede tener en el lugar de trabajo, sino también al papel que éste puede desempeñar como agente etiológico de los trastornos. Lasser, en OIT, (1998)

Todo el mundo se siente triste o deprimido de vez en cuando, pero un episodio depresivo mayor, según el DSM-IV se caracteriza por un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo disminuido o una pérdida de interés

o placer en casi todas las actividades. Para poder efectuar un diagnóstico adecuado de un estado depresivo se debe tomar en cuenta el siguiente criterio.

Criterio A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto a la conducta previa:

1. estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Notable disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Aumento o pérdida significativa de peso sin seguir ningún régimen, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad excesivos o inadecuados de culpabilidad casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
9. Ideas de muerte recurrentes, ideas de suicidio recurrente, con o sin un plan específico, o intento de suicidio.

Con estas características sintomáticas podemos darnos una idea sobre los problemas que sufre la persona con depresión, la revisión de estos criterios revela también las muchas formas en que la depresión puede influir negativamente en el trabajador.

Es importante señalar la amplia variedad de los síntomas. Una persona deprimida puede sentirse apenas capaz de salir de la cama, mientras que otra puede estar tan ansiosa que apenas puede permanecer sentada y se describe como "nerviosa" o "volviéndose loca". A veces, la existencia de múltiples malestares y dolores sin explicación médica es un indicio de depresión, sobre todo en las condiciones actuales en las que el trabajador se enfrenta a un escaso apoyo social por parte de sus compañeros o jefes, o por el temor constante de perder su empleo.

La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el lugar de trabajo. Algunas investigaciones recientes sugieren que, en los países industrializados, la incidencia de depresión ha ido aumentando cada decenio desde 1910 y que la edad a la que las personas tienden a deprimirse ha disminuido en cada generación desde 1940. Houtman, en OIT, (1998)

Las enfermedades depresivas son frecuentes y graves, ya que suponen una enorme carga tanto para los trabajadores como para los centros de trabajo. Cabe esperar que dos de cada diez trabajadores sufran una depresión en algún momento de su

vida, y las mujeres son 1.5 veces más propensas que los varones a desarrollarla. Houtman, en OIT, (1998)

Existen distintos enfoques para explicar la etiología de la depresión, incluidas la biológica, la genética y la psicosocial. Muchos de los factores relacionados con el trabajo se asocian. Los problemas de pérdida o riesgo de pérdida del empleo pueden dar lugar a depresión y en el contexto actual de recortes de plantilla, las fusiones y el continuo cambio de la descripción de los puestos de trabajo son problemas frecuentes en el entorno laboral.

Otro resultado es el frecuente cambio de las tareas a desempeñar y de la constante introducción de nuevas tecnologías es que el trabajador se sienta incompetente o insuficiente, y sea mal pagado, o sobre exigido, regularmente despojado y explotado en su quehacer cotidiano, además de la falta de reconocimiento y estimulación, lo cual hace al individuo poco consciente de la función saludable del trabajo, percibiéndose como un objeto más del proceso de producción.

Características diagnósticas del estrés

El estrés es una respuesta del organismo ante cualquier exigencia que se le haga, cuando el organismo está sujeto al estrés, se produce toda una serie de cambios biológicos. Muchos de estos cambios son básicos para el hombre y similares a la reacción de "lucha o huída" de un animal.

Cuando un ser humano o un animal sienten peligro, hay una respuesta instantánea. La hormona adrenalina es secretada por las glándulas suprarrenales hacia el flujo sanguíneo, produciendo una aceleración del pulso, un aumento de la presión sanguínea y del ritmo de la respiración, estimulando la liberación de elementos químicos que proporcionan energía (glucosa y grasas) hacia la sangre. Stellman, (1986)

La energía será usada por los músculos, que tienen una mayor cantidad de sangre, debido a la dilatación de los vasos sanguíneos. Excepto en los músculos y el cerebro, en todos los órganos, y especialmente en los intestinos, los vasos sanguíneos más pequeños se contraen, de modo que la energía no escapa a la amenaza que provocó el estrés. Stellman, (1986)

El estrés no es solo una enfermedad, sino una parte normal de la vida de toda persona. En niveles bajos es algo bueno, ya que nos hace más productivos, sin embargo, el exceso es malsano y contraproducente. Al estrés persistente e inexorable se le denomina ansiedad la cual es una de las manifestaciones del mismo. Las condiciones en que los trabajadores realizan sus actividades, el empleo de instrumentos y herramientas, las posiciones forzadas y el trabajo repetitivo, la rotación de turnos, así como las cargas de trabajo, influyen de manera importante en sus respuestas estresantes, y por lo tanto de fatiga.

Según Rojas, (1996) El estrés es la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas. Se va a manifestar a través de tres planos específicos: Físico, psicológico y de conducta. Dicho de otra forma, lo que le ocurre al sujeto con estrés es que se sitúa en unas condiciones de vida que le llevan continuamente al borde del agotamiento, también probablemente relacionado con la exposición a exigencias.

El esfuerzo acumulado, sobreviene a una tensión emocional y/o intelectual fuerte, un ritmo vertiginoso de vida, baja percepción económica y tiempo limitado para la recuperación. Influye siempre en la personalidad abrumada, sobrepasada en las propias posibilidades, permanentemente desbordado, agobiado, sin un minuto libre, arrastrando un cansancio crónico. No hay tregua posible para su trabajo, ya que intenta atender simultáneamente a demasiadas exigencias inaplazables, que termina por afectar su estilo de vida.

La consecuencia es una hiperactividad incontenible, imparable, que pretende llegar a demasiadas cosas y que acaba por no estar lo suficientemente atenta a todas y cada una de ellas.

Algunas personas son más propensas al estrés y tienen más posibilidades de desarrollar trastornos de ansiedad que otras, lo cual puede suceder ya sea por predisposición genética o por exposición previa (particularmente durante la infancia) a ciertos factores estresantes. Otras veces, es sólo cuestión del grado de estrés que

ocasione el ambiente de trabajo en el que se vive en el momento del trastorno o con posterioridad a él, el individuo presenta al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad que le rodea; desrealización, despersonalización y amnesia disociativa. Stellman, (1986)

Los primeros síntomas de una reacción de estrés crónico pueden no ser los de una enfermedad específica:

1. Indecisión
2. Falta de apetito
3. Pérdida de peso.
4. Funcionamiento irregular de los intestinos.
5. Dolor de cabeza.
6. Dolor de espalda
7. Alergias de la piel.
8. Insomnio.
9. Nerviosismo
10. Temblores
11. Mala memoria e irritabilidad, Stellman, (1986)

Por otro lado puede ser que estos síntomas no aparezcan nunca y que el estrés crónico conduzca directamente a una enfermedad psicosomática, sobre todo en

trabajos donde los niveles de exigencia son altos y se mantienen constantes por periodos prolongados de tiempo durante las jornadas de trabajo.

Hay diversas enfermedades que se relacionan con o se agravan por el estrés: úlcera, migraña, asma, colitis ulcerosa y especialmente las enfermedades psicosomáticas y cardiovasculares.

Características Diagnósticas del trastorno de ansiedad

La ansiedad es un estado de temor que se acompaña de signos somáticos indicativos de una hiperactividad del sistema nervioso vegetativo. La ansiedad constituye un síntoma inespecífico que, con frecuencia, es una emoción normal. La ansiedad patológica es desproporcionada a la amenaza real y resulta desadaptativa. Kaplan, (1996)

La ansiedad es una emoción que usualmente se presenta acompañada de diversos síntomas tales como: espasmos o temblores, tensión muscular, dolores de cabeza, sudoración, resequedad en la boca o dificultad para deglutir.

En momentos de ansiedad, algunas personas también experimentan mareo, ritmo cardiaco rápido o irregular, respiración acelerada y con necesidad frecuente de miccionar. También es común que se presente fatiga, irritabilidad, trastornos del

sueño, disminución de la capacidad de concentración, problemas sexuales y pesadillas.

Tanto los trastornos ansiosos como la ansiedad propiamente dicha puede presentarse con cualquier número de signos y síntomas físicos y psicológicos como los siguientes:

FÍSICOS

1. Temblores, sacudidas y escalofríos.
2. Dolores de espalda y de cabeza
3. Tensión muscular
4. Disnea, hiperventilación.
5. Fatigabilidad
6. Respuesta sobresaltada
7. Hiperactividad neurovegetativa
8. Parestesia
9. Dificultad para tragar. Kaplan, (1996)

PSICOLÓGICOS

1. Sentimientos de terror
2. Dificultad para concentrarse
3. Hipervigilancia

4. Insomnio

5. Libido disminuida

6. Globus pharingeus

7. “Mariposas en el estomago”

8. Rubor y palidez

9. Taquicardia

10. Palpitaciones

11. Sudoración

12. Manos frías

13. Diarrea

14. Boca seca

15. Tenesmo vesical

En los trabajadores los trastorno de ansiedad, al igual que el miedo, la preocupación y la aprensión subclínicos y los trastornos relacionados con el estrés, como el insomnio, parecen tener una gran penetración y mostrar una prevalencia cada vez mayor en los trabajadores, relacionado con condiciones de la organización del trabajo y riesgos de los objetos, medios y ambiente de trabajo.

Randal, (2000) refiere, que los recortes de plantilla, la amenaza a los derechos adquiridos, los despidos, los rumores de despidos inminentes, la competencia entre compañeros, la obsolescencia de las calificaciones y la pérdida de éstas, las reestructuraciones, reconversiones, adquisiciones, fusiones y otras fuentes de

confusión organizacional, han erosionado la sensación de seguridad laboral de los trabajadores y han contribuido a crear una "ansiedad relacionada con el trabajo" evidente, aunque difícil de medir. Buono, en OIT, (2000)

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª. Edición (DSM-IV, 1996) los síntomas de trastorno por ansiedad comprenden:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses)

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador)

Dependencia a Sustancias

De acuerdo con el DSM-IV, (1996) las características esenciales de la dependencia de sustancias, consisten en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos, que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

El diagnóstico de dependencia de sustancias puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Los síntomas de la dependencia son similares para todas las categorías de sustancias, pero con alguna de ellas los síntomas son menos patentes e incluso pueden no aparecer. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la «necesidad irresistible» de consumo *(craving)* se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias.

Debe distinguirse la tolerancia de la variabilidad individual en cuanto a la sensibilidad inicial a los efectos de determinadas sustancias. Por ejemplo, algunos individuos que beben por primera vez apenas presentan síntomas de intoxicación al cabo de tres o cuatro copas, mientras que otros de peso similar y que también se inician bebiendo pueden presentar descoordinación motora y lenguaje farfullante.

En el campo específico de la salud de los trabajadores es común el uso y abuso de alcohol, tabaco o estimulantes, como paliativos para enfrentar fuertes jornadas de trabajo o finalmente para acceder a una forma rápida de relajación ante la tensión, la ansiedad o la depresión.

Criterios para el abuso de sustancias

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa como: ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o despidos del trabajo relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa.

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso como conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia.

3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia como: arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia.

4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia por ejemplo discusiones con el jefe por un bajo rendimiento o ausentismo, probablemente como consecuencias de la intoxicación.

Abuso de alcohol

La actividad y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez durante la jornada laboral) beber alcohol puede causar problemas legales como: Detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol.

Los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea: discusiones violentas con la mujer mientras está intoxicado, abuso de los niños, pérdida del empleo.

Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

En los trabajadores expuestos a riesgos como calor, frío, o agentes infecciosos, es común el consumo de alcohol como mediador de la angustia, la ansiedad o el estrés, por otra parte la exposición a exigencias como el trabajo repetitivo, el aislamiento, la rotación de turnos, el escaso apoyo social y la ausencia de reconocimiento por parte del jefe o los compañeros, produce frustración, desanimo y en muchos casos alteraciones del estado de ánimo como la depresión.

Características de la dependencia al alcohol

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerables. En algún momento de la vida cerca del 90% de los adultos en Estados Unidos DSM-IV, (1996) han tenido alguna experiencia con el alcohol, y un número importante (60% de varones y 30% de mujeres) han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él como: conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales debidas a resacas. Por fortuna, a partir de estas experiencias la mayoría de los sujetos aprenden a moderar la bebida y a no desarrollar dependencia o abuso por alcohol.

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de

alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.

Una relativa minoría de sujetos con dependencia al alcohol nunca experimenta síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5% de los sujetos con dependencia los experimentan siempre por ejemplo el delirium y las crisis comiciales de gran mal. Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas, depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas u otras secuelas.

En los trabajadores de la salud, el uso y el abuso de alcohol es una conducta común, sobre todo al término de la jornada laboral como una forma de manejo del estrés o a fin de tener una relación de convivencia con los compañeros de trabajo.

Dependencia de Nicotina

La dependencia y la abstinencia de nicotina se puede presentar con el consumo de cualquier modalidad de tabaco (cigarrillos, chicles, polvo, pipa y puros) y con la toma de medicamentos (parches y chicle de nicotina) La capacidad relativa de estos productos para provocar dependencia o inducir abstinencia está en función de la

rapidez de la vía de administración (fumada, oral o transdérmica) y del contenido en la sustancia del producto consumido.

La intoxicación y el abuso de nicotina no se incluyen en el DSM-IV, (1996) la intoxicación por nicotina aparece excepcionalmente y no ha sido bien estudiada, y el abuso de nicotina no se observa en ausencia de dependencia. A continuación se exponen también la descripción específica y los criterios diagnósticos para la abstinencia de nicotina. Luego se enumeran los trastornos relacionados con la misma.

Alguno de los criterios diagnósticos generales para la dependencia no se aplican para este caso, mientras que otros requieren una mayor explicación. La tolerancia a la nicotina se manifiesta por la ausencia de náuseas, mareo y otros síntomas característicos a pesar del consumo abundante de nicotina o de la disminución del efecto del consumo continuado de la misma cantidad.

La interrupción del consumo produce un síndrome de abstinencia bien definido que se describe a continuación. Muchos sujetos que consumen nicotina lo hacen para disminuir o evitar los síntomas de abstinencia cuando se despiertan por la mañana o cuando salen de situaciones donde su consumo está prohibido como en el trabajo o en el avión.

Los sujetos que fuman o los que toman nicotina en sus diversas formas consumen más nicotina y con mayor rapidez de lo que ellos mismos inicialmente deseaban. Aunque más del 80% de los sujetos que fuman expresan el deseo de dejar de fumar y el 35% lo intenta cada año, sólo el 5% lo consigue. DSM-IV, (1996)

La gran cantidad de tiempo que se gasta en el consumo de la sustancia queda muy bien reflejado en el hecho de fumar en cadena. Puesto que se dispone con rapidez y facilidad de la nicotina, al estar legalizada, es raro que se gaste mucho tiempo en obtenerla. Los sujetos pueden no asistir a actividades sociales, laborales, recreativas cuando se dan en lugares donde está prohibido fumar.

El consumo continuado, a pesar de conocer los problemas médicos que acarrea, constituye un problema sanitario importante, un sujeto sigue fumando a pesar de padecer una enfermedad médica relacionada con el consumo de tabaco, como una bronquitis o una enfermedad pulmonar obstructiva crónica. DSM-IV, (1996)

En el campo de la práctica médica es bien sabido que los médicos y enfermeras hacen uso común y continuado del tabaco, como medio para socializar o en los espacios de descanso como alternativa de afrontamiento al estrés, o como incentivo ante la fatiga producida por jornadas prolongadas de trabajo, o en el trabajo nocturno como estimulante.

Características diagnósticas de la Fatiga

Bajo el término fatiga se etiquetan estados de diferente intensidad (desde muy ligera hasta el agotamiento total) y no es fácil dar con una definición única y aceptable para todos.

La fatiga provocada por el trabajo es una manifestación (general o local) de la tensión que éste produce y suele eliminarse mediante un adecuado descanso. (www.cepis.ops-oms.org/bvsast/e/home.htm)

La fatiga generalmente se traduce en una disminución de la capacidad de respuesta o de acción de la persona. En segundo lugar, se trata de un fenómeno multicausal, aunque se pueda encontrar que en su origen haya una contribución de gran peso de un factor concreto.

En tercer lugar, la fatiga afecta al organismo como un todo (físico y psíquico) y en grado diverso, dado que se percibe de manera personal. Esto hace que se encuentren diferencias interpersonales e intrapersonales en cuanto a las formas en que se expresa y la intensidad en que se siente la fatiga, en función de factores situacionales y características personales.

En cuarto lugar, la sensación de fatiga es un mecanismo regulador del organismo, de gran valor adaptativo en tanto es un indicador de la necesidad de descanso del organismo. (www.cepis.ops-oms.org/bvsast/e/home.htm)

... "La fatiga está muy relacionada con el estrés laboral y la experiencia de haberla sufrido es conocida por todos. Puede ser de dos tipos. Uno es la fatiga muscular, que es una sensación de dolor cuando se mueven determinados músculos; resulta del agotamiento del aporte de energía disponible para los músculos y de la acumulación de productos de desecho de las reacciones del organismo en el tejido muscular. La fatiga general, es una forma más psicológica de ésta y produce indisposiciones para trabajar. Es producida por la acumulación de los diversos tipos de estrés que una persona experimenta durante el día; estos tipos de estrés incluyen monotonía y largas horas de trabajo; esfuerzo mental y físico; condiciones ambientales, clima, luz y ruido; enfermedad, dolor y deficiencias nutricionales; y causas emocionales, como responsabilidad, preocupaciones y conflictos. Todos estos tipos de estrés son acumulativos. Consumen la energía del organismo que debe ser recuperada a través del esparcimiento, la comida y el descanso. Mientras mayor sea el grado de determinado tipo de estrés, menor será la energía disponible para compensar los de otro tipo"... Stellman, (1986)

Fatiga mental

Es la alteración temporal (disminución) de la eficacia funcional mental y física; esta alteración está en función de la intensidad y duración de la actividad precedente y del esquema temporal de la presión mental. La disminución de la eficiencia funcional se manifiesta, por ejemplo mediante una impresión de fatiga, una peor relación esfuerzo / resultado, a través de la naturaleza y frecuencia de los errores, etc. Pero el alcance de estas alteraciones está en parte determinado por las condiciones de la persona y sus jornadas de trabajo. (www.cepis.ops-oms.org/bvsast/e/home.htm)

La sensación de monotonía, la hipovigilancia y la saturación mental son estados similares a la fatiga mental y tienen en común con ésta, que desaparecen cuando se producen cambios en la tarea y/o en las condiciones de trabajo.

La monotonía y la hipovigilancia sólo se diferencian por las circunstancias en que aparecen: la primera seria un estado de activación reducida, de lenta evolución, que puede aparecer en el desarrollo de tareas largas, uniformes, repetitivas y se asocian principalmente a la somnolencia, disminución y fluctuación del rendimiento y variabilidad de la frecuencia cardiaca. En la hipovigilancia se reduce el rendimiento en las tareas de vigilancia. (www.cepis.ops-oms.org/bvsast/e/home.htm)

Fatiga patológica

Una persona es este estado se siente cansada gran parte del tiempo, antes de que termine la jornada de trabajo e incluso al comienzo de ella. La fatiga crónica o patológica va acompañada de cambios de humor, como depresión, enojo, nerviosismo e irritabilidad. Asimismo, puede haber síntomas físicos: malestar general, pérdida del apetito, dolores de cabeza, mareos, insomnio e indigestión; es probable también que haya una mayor propensión a muchas enfermedades. (www.cepis.ops-oms.org/bvsast/e/home.htm)

Características diagnósticas de los trastornos del sueño

Es un patrón alterado del sueño, que puede causar dificultad para conciliarlo o permanecer dormido, el quedarse dormido en momentos inapropiados, provoca lapsos de tiempo de sueño excesivo o conductas anormales relacionadas con el sueño.

Se han identificado, más de cien trastornos diferentes del sueño y de la vigilia agrupados en categorías principales: problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido, problemas para permanecer despierto, problemas para mantener un itinerario de sueño y conductas que trastornan el sueño. En muchos casos relacionados con el trabajo nocturno, la rotación de turnos y las posiciones forzadas. DSM-IV, (1996)

Características del insomnio

El insomnio incluye cualquier combinación que tenga que ver con dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido, desvelos intermitentes y despertarse en la madrugada. Los episodios pueden ser pasajeros, de corto plazo (que dure entre 2 y 3 semanas) o crónicos.

Las enfermedades, depresión, ansiedad, estrés, ambiente inapropiado para dormir (ruido, demasiada luz), cafeína, abuso de alcohol, medicamentos, fumar en exceso, incomodidad física, siestas diurnas, ciertas condiciones médicas y otros hábitos del sueño contraproducentes como ir a dormir temprano y tiempo excesivo en la cama sin dormir son factores comunes relacionados con el insomnio.

En el campo laboral se asocia con periodos altos de estrés, alto nivel de exigencias y con los horarios de trabajo, para algunas profesiones la rotación de turnos, las exigencias de las funciones del puesto que implican mucha responsabilidad del trabajador, determinan estados de ansiedad y estrés constantes, que finalmente lo pueden producir. DSM-IV, (1996)

Características diagnósticas de los trastornos psicosomáticos

Los trastornos psicosomáticos se denominan a un conjunto de manifestaciones psíquicas y somáticas donde confluyen un grupo de enfermedades asociadas a altos

niveles de estrés y ansiedad relacionados con el trabajo, entre ellos encontramos: Las enfermedades cardiovasculares, los problemas gastrointestinales como la ulcera gástrica y duodenal, el síndrome del colon irritable y la dispepsia no ulcerosa. Tóres, en: OIT, (2000)

Características diagnósticas de las enfermedades cardiovasculares

Según la OIT, (2000), en su capítulo sobre los factores psicosociales y de organización, explican los efectos adversos de la enfermedad cardiovascular (ECV) la cual sigue siendo hoy en día, una de las principales causa de mortalidad en las sociedades económicamente desarrolladas, contribuye a incrementar los costos de la asistencia sanitaria en la atención y rehabilitación de trabajadores. Las enfermedades del aparato cardiovascular comprenden la cardiopatía coronaria (CC), la hipertensión arterial, las enfermedades cerebro vascular y otros trastornos del corazón y del aparato circulatorio.

La mayor parte de las manifestaciones de la cardiopatía coronaria se deben, en parte, al estrechamiento de las arterias coronarias causado por la arteriosclerosis. Se sabe, a su vez, que la arteriosclerosis coronaria se ve influida por una serie de factores, como la presencia de antecedentes familiares, el contenido de grasas saturadas en la dieta, el tabaquismo, el ejercicio físico y el estrés, Tóres, en OIT, (2000)

En el contexto laboral los entornos profesionales estresantes también influyen directamente en las concentraciones neurohormonales y en el metabolismo del corazón. La combinación de diversos mecanismos fisiológicos relacionados con actividades profesionales estresantes aumenta el riesgo de infarto al miocardio. La elevación de las hormonas movilizadoras de los depósitos energéticos que se produce durante los periodos de estrés excesivo puede aumentar la vulnerabilidad del corazón o la muerte muscular. Tóres, en OIT, (2000)

Siguiendo a estos autores, en los momentos de gran estrés emocional y físico, los latidos del corazón se hacen más fuertes y rápidos durante períodos más largos de tiempo, de manera que el músculo cardíaco consume una cantidad excesiva de oxígeno y aumenta el riesgo de sufrir un ataque al corazón.

El estrés puede alterar también el ritmo cardiaco. La alteración caracterizada por un aumento del ritmo cardiaco se llama taquicardia. Cuando la frecuencia cardiaca es tan rápida que el latido del corazón deja de ser eficaz, se produce un trastorno que puede causar la muerte: La fibrilación ventricular.

Recientemente se ha puesto atención a la importancia del apoyo social relacionado con el trabajo esto con referencia al modelo de demanda/control de Karasek y Theorell, (1990) a través de cual se ha demostrado que los trabajadores expuestos a demandas elevadas, poco control y escaso apoyo presentan un riesgo dos veces

mayor de morbilidad y mortalidad por (ECV) que los que tienen empleos de baja demanda, mucho control y fuerte apoyo social. Tóres, en: OIT, (2000)

Se ha demostrado también que otros aspectos de la organización del trabajo, como la existencia de turnos de trabajo excesivo, y rotación de turnos, se asocian a un mayor riesgo de (ECV) La rotación constante entre jornadas laborales diurnas y nocturnas se asocian a un aumento del riesgo de infarto a miocardio. Tóres, en: OIT, (2000)

Trastornos gastrointestinales

En estos padecimientos del sistema gastrointestinal se sabe que el estrés psicológico asociados al trabajo, contribuye al desarrollo de la enfermedad ulcerosa péptica que comprende las lesiones ulcerosas del estómago y del duodeno.

Recientemente, los investigadores y los profesionales de la salud han referido que existe una asociación entre el estrés y otros trastornos gastrointestinales tales como la dispepsia no ulcerosa con sintomatología de dolor abdominal alto, malestar y náuseas persistentes en ausencia de una causa orgánica identificable y el síndrome de colon irritable, definido como alteraciones del hábito intestinal asociado a dolor abdominal, en ausencia de signos físicos anormales. Suls, en: OIT, (2000)

Úlcera gástrica duodenal

Según Suls, Las personas expuestas a estrés agudo en el contexto laboral son más proclives a padecer este trastorno. Sin embargo, resulta menos evidente que los estresores de la vida como el despido o la muerte de un ser querido puedan, por sí solos, precipitar o exacerbar la úlcera.

Las úlceras están íntimamente ligadas con el estrés, quizá como consecuencia de las exigencias elevadas del trabajo, de la organización e interacción social, los pacientes trabajadores que presentan altos niveles de ansiedad son más propensos a padecerla. Suls, en: OIT, (2000)

Síndrome del colon irritable

El síndrome del colon irritable (SCI) se consideró en el pasado un trastorno relacionado con el estrés, en parte porque se desconoce su mecanismo fisiológico, y en parte, porque una gran proporción de los afectados han referido que sus hábitos intestinales se alteran a causa del estrés. Suls, en: OIT, (2000)

Dispepsia no ulcerosa

Los síntomas de la dispepsia no ulcerosa (DNU) consisten en flatulencias y sensación de plenitud, eructos, borborigmos, náuseas y sensación de ardor. Los

pacientes con este cuadro notificaron un número mayor de acontecimientos vitales estresores y de dificultades crónicas amenazantes que los miembros sanos de la comunidad, pero otros no encontraron relación alguna entre el estrés vital y la dispepsia funcional. Además, los pacientes con DNU tienden a presentar mayores grados de psicopatología, especialmente de trastornos de ansiedad. Suls, en: OIT, (2000)

Características diagnósticas de los trastornos músculo esqueléticos

Para Soo-Yee, en OIT, (2000) los trastornos musculoesqueléticos (TME) son una de las enfermedades de origen laboral más comunes, que afectan a millones de trabajadores de todos los sectores laborales y cuestan a los empresarios billones de pesos. Se les puede dividir en dos grupos principales. Dolor y lesiones dorsolumbares y lesiones causadas por esfuerzos repetitivos. Pueden afectar tanto a las extremidades superiores como a las inferiores, y está demostrado que tiene una estrecha relación con el trabajo repetitivo y las posiciones forzadas.

Entre las causas físicas de los (TME) cabe citar: los movimientos manuales, la manipulación de cargas, las malas posturas y los movimiento forzados, los movimientos muy repetitivos, los movimientos manuales enérgicos, la presión mecánica directa sobre los tejidos corporales, las vibraciones o los entornos de trabajo fríos.

Entre las causas relacionadas con la organización del trabajo cabe destacar el ritmo de trabajo, el trabajo repetitivo, los horarios de trabajo, los sistemas de retribución, el trabajo monótono y algunos factores de tipo psicosocial. Soo-Yee Lim, en OIT, (2000)

Algunos tipos de trastorno están asociados a tareas u ocupaciones concretas. Afectan más a las mujeres que a los hombres, en gran parte por el tipo de trabajo que éstas realizan.

IV MARCO DE REFERENCIA

4.1 Antecedentes históricos: la seguridad social y el origen del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El contexto histórico, social, económico, político y laboral de un país es un indicador importante para ubicar las condiciones de protección y seguridad social de sus integrantes, en particular la intención de este apartado pretende dar cuenta cómo en México la situación actual de las condiciones de trabajo y seguridad social de los trabajadores, se han venido deteriorando desde hace varias décadas, de forma particular, la de los trabajadores de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) situación que ha afectado el funcionamiento del trabajador y la organización de los procesos de trabajo, simultáneamente se han generando escenarios de inestabilidad, pérdida de prestaciones económicas y generación de riesgos y exigencias que pueden afectar la salud de estos trabajadores.

... "La crisis económica mundial que se inicia a mediados de los setenta da lugar al surgimiento del neoliberalismo y con éste se presenta el combate a las teorías del Estado benefactor, para los años ochenta se consolida la política neoliberal. El neoliberalismo restringe todas las funciones del estado y devuelve a las fuerzas del mercado las funciones de acumulación y legitimación, a este proceso de privatización se le denomina también de modernización. Esta modernización se contrapone a lo actualmente establecido, y ha demostrado ya su inequidad a finales del siglo pasado. La política neoliberal se orienta hacia el control de la inflación y el abatimiento del déficit fiscal, a la vez que se propone reencauzar el crecimiento económico.

Por un lado, se realiza la venta o transferencia de las empresas del sector público al sector privado, se intenta regresar las prestaciones sociales al libre juego del mercado, al juzgar a priori que el mercado es un proveedor más eficiente y equitativo que el Estado. Sin embargo, este planteamiento ignora el hecho de que una dotación desigual de ingresos significará un acceso diferenciado a las prestaciones sociales o hasta la exclusión total de algunos grupos sociales"... Molina, (1996)

La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123 de la Carta Magna promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara..."de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares"...

En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que "se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos.

En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería aún estudios ulteriores.

Por encargo del mismo Presidente Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores.

4.1.1 El origen del Instituto Mexicano del Seguro Social

Hacia 1942 confluían todas las circunstancias favorables para que finalmente pudiera implantarse en México el Seguro Social. El interés del Presidente Ávila Camacho por las cuestiones laborales ya se había manifestado desde el mismo día en que asumió la presidencia, cuando anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la encomendó a quien fuera Secretario de Gobernación del régimen anterior, el licenciado Ignacio García Téllez.

Atendiendo a la tónica del momento, la función inicial de la naciente dependencia fue limar asperezas y procurar la conciliación obrero-patronal, con el desarrollo de la industrialización también se da inicio al programa de seguridad con la fundación del IMSS en 1943"... Molina, (1996)

En 1943 se crea la ley del seguro social, en él artículo 2º, se estipula "La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo". De este modo se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con personalidad y patrimonio propios. La integración del IMSS se estableció de forma tripartita, es decir, con representación del estado, de los patrones y de los trabajadores. Gutiérrez, (1998)

El Seguro Social se entiende como una de las instituciones creadas para construir la justicia social entre los mexicanos y buscar la expansión y consolidación de las fuerzas productivas.

Durante 1972 se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social; fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973. La nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados.

El modelo de sustitución de importaciones llegó a su agotamiento y dio lugar a una profunda recesión económica en los años ochenta. La crisis económica se caracteriza por un elevado nivel de endeudamiento, desequilibrio en la balanza de pagos, caída en el tipo de cambio, inflación acelerada y baja del producto interno.

Esta crisis marcó la ruptura de un modelo de crecimiento en donde el sector público desempeñaba un papel central en la producción directa de bienes y servicios, en la regulación de la economía, así como en la provisión de satisfactores esenciales, la puesta en marcha de un modelo alternativo a partir de 1982 basado en el enfoque neoliberal, se fundamenta en la reducción de la intervención gubernamental, saneamiento de las finanzas públicas. La reestructuración económica vía el proceso de privatización y la apertura externa Molina, (2000)

... "La política de modernización del Estado mexicano en 1987 pareciera orientarse por la Agenda del Banco Mundial, en el cual se persigue imponer los mecanismos de mercado en las acciones del sector, las cuales se resumen en los siguientes cuatro puntos básicos: a) imponer cuotas de recuperación a todos los usuarios, B) estimular el uso de los seguros de salud, c) estimular a instituciones no gubernamentales para el desarrollo de programas especiales (curativos) y d) descentralización de los servicios de salud gubernamentales"... Molina, (2000)

Las crisis económicas de las últimas dos décadas han afectado seriamente la situación financiera y, por consiguiente, operativa de la Institución. Durante todo el año 1995 se realizó un profundo proceso de auto-examen, para detectar todo aquello que había dejado de ser funcional y buscar, con la colaboración de los involucrados y de la población en general, la solución a los problemas de fondo. De este proceso surgió la iniciativa de una Nueva Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial en diciembre del mismo año 1996. La Nueva Ley entre otras cosas modifica radicalmente el sistema de pensiones para asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazos. (**www.imss.gob.mx**, 2008)

4.1.2 Situación Actual

El Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores.

Estos son: Enfermedades y Maternidad, Riesgos de Trabajo; Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y Guarderías y Prestaciones **sociales**. Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo.

Cada uno de estos ramos de aseguramiento es distinto porque protegen al trabajador y sus beneficiarios contra situaciones diferentes, mediante prestaciones en especie y en dinero. Tenemos así que para el interés de la investigación el seguro de riesgos de trabajo es particularmente importante debido a que se relaciona directamente con los posibles daños que los trabajadores del instituto pueden padecer, ya que se constituye como una de las principales garantías para estos trabajadores.

El seguro de Riesgos de Trabajo protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado. (www.imss.gob.mx, 2008)

4.1.3 Condiciones de atención en los servicios y laborales

Las instituciones de salud en México tienen como finalidad proporcionar atención médica a un gran número de trabajadores asegurados y sus familias. Actualmente existen dificultades para satisfacer la demanda de tratamiento, ya que ésta ha rebasado por mucho la infraestructura de las instituciones, como en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social y de Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaria de Salud (SS)

El IMSS es la Institución de Seguridad Social más grande en América Latina, una de las instituciones con mayor demanda de atención en México. La población derechohabiente asciende a 48 millones 909 mil 705 personas. El total de asegurados permanentes llegó a 18 millones 750 mil 320 y el total de pensionados es de 2 millones 567 mil 995. (www.imss.gob.mx, 2008)

El IMSS en 60 años de proporcionar servicios de salud, ha experimentado momentos difíciles que se derivaron de su propia situación y de la situación económica nacional. A pesar de las deficiencias, sigue proporcionando la atención de salud a los trabajadores asegurados y se enfrenta a un fuerte desafío de permanecer como institución subsidiada por el estado en los próximos años.

Sin embargo, el subsidio estatal ha estado condicionado a préstamos que organismos internacionales han hecho al gobierno mexicano, cuya finalidad ha sido la reforma del IMSS como señala Laurell, (1998)..."En abril de 1998 se informó que el

gobierno mexicano estaba a punto de firmar un préstamo de 700 millones de dólares con el Banco Mundial (BM), condicionado a la instrumentación de una profunda reorganización corporativa del IMSS. Este hecho reabre el debate sobre la reforma de la seguridad social y demuestra nuevamente la negativa de las autoridades a informar detalladamente al público e, incluso, a los legisladores, sobre su proyecto en este ámbito"

Esto se ha reflejado en inestabilidad laboral, conflictos sindicales en la negociación de aumentos salariales, y pérdida de prestaciones en la planta productiva del IMSS, así como aumento en las cargas de trabajo para el personal de atención a la salud como: médicos, enfermeras, trabajadores sociales y personal en general, incrementado sustancialmente la demanda de atención, pero también propiciando ambientes de trabajo estresantes, al aumentar la exposición del trabajador a condiciones nocivas de trabajo, afectando también el servicio que se proporciona a los pacientes, y que pueden observarse en el llamado proceso de despersonalización del trabajador de la salud.

Actualmente la demanda de atención en el IMSS es muy amplia, en los últimos años se ha registrado un crecimiento significativo, tanto en la población de trabajadores como en la de asegurados, derechohabientes y pensionados después del establecimiento del nuevo sistema de pensiones altamente provechoso para los grupos financieros, dueños de las afores y de las compañías aseguradoras y perjudicial para los trabajadores. Laurell, (1998)

Presenciaremos durante los próximos años un proceso de mercantilización-privatización de los servicios médicos del IMSS que llevará a su desarticulación. Este desmantelamiento tendrá profundas implicaciones para sus trabajadores. Es indudable que la autonomía de gestión requiere de una mano de obra flexible porque el pago y uso del personal son variables importantes en la contención de costos. Se requiere, entonces, un nuevo tipo de relación laboral que permita despidos y reubicaciones de trabajadores en áreas administrativas, servicios no sustantivos y subrogables como: Laboratorios, imagenología, etc. nuevos sistemas de incentivos para el personal médico que individualicen el contrato y el pago. Laurell, (1998)

Esto ha originado modificaciones en los procesos de trabajo del personal de atención a la salud, como el incremento en las metas de atención diaria de pacientes, la operación y manejo de equipo de cómputo, la generación de nuevas funciones, etc. y con ello un aumento en las cargas de trabajo, y la conversión del trabajador en polivalente, más allá de su actividad profesional, incrementando la exposición a riesgos y exigencias, que afectan al trabajador en su integridad.

... "Se habla de flexibilización laboral en relación con los cambios experimentados en los contratos colectivos de trabajo; en el mismo sentido se considera a los cambios en la estructura salarial una estrategia flexibilizadora. Conceptualmente, el fenómeno de flexibilización laboral, se le define como un cambio sustantivo de la organización social del trabajo, donde dicho ordenamiento, además de ser una función necesaria

para la producción de bienes y servicios, se utiliza para ejercer un control unilateral de los procesos laborales, utilizando estrategias para el incremento de la productividad en general altamente negativas para los trabajadores"... Castillo, (1996) pág. 21

... "Así, en medio de este ambiente caótico de desvalorización del quehacer laboral cotidiano, se genera entre los trabajadores una situación alienante que los impulsa a una actuación individualizada, utilizando muchas veces posibilidades y resquicios que le permitan sortear la precariedad permanente, sin percatarse que con esa actitud no soluciona el problema de fondo que tiene un carácter colectivo y además provoca repercusiones en otros trabajadores y en los derechohabientes de mantenerse estas condiciones de realización del trabajo en la atención médica se vislumbran graves consecuencias entre las que destacamos: la profundización del desprestigio de la atención médica pública y de la institución en general con el consecuente peligro que se implante alguna forma de privatización ya en marcha en el instituto, con lo que se pondría en riesgo la existencia del seguro social como expresión de solidaridad colectiva, el incumplimiento de su papel de prestador de servicios, incluso a nivel que puede atentar contra la salud de los derechohabientes y las condiciones de salud de los propios trabajadores del IMSS"... Castillo, (1996) pág. 27

4.1.4 Unidad de medicina familiar No. 21 del IMSS

Se encuentra ubicada dentro de la Delegación Venustiano Carranza, en la Av. Francisco del Paso y Troncoso No. 281 Col. Jardín Balbuena, el área de influencia está comprendida por 3 colonias de la Delegación política de Iztacalco y 15 colonias de la Delegación Venustiano Carranza, prestando atención médica a 18 colonias, con una población usuaria de 128,784 derechohabientes al 30 de junio del 2002, esta unidad está adscrita a la Delegación No. 4 del IMSS.

La unidad, fue inaugurada el 18 de octubre de 1978 para otorgar atención médica en el primer nivel de atención con 32 consultorios de medicina familiar, con horario de 08:00 a 20:00 Hrs. y atención médica continua, todos los días del año. Sus instalaciones físicas cuentan con un diseño arquitectónico ex profeso para el sistema médico familiar de tipo modular, que se caracteriza por reunir en un módulo a 10 médicos familiares, 10 asistentes médicos, 2 trabajadoras sociales y 2 estomatólogos.

Todos ellos coordinados y supervisados por el jefe de departamento clínico. Este sistema se apoya en otros servicios como son: epidemiología, inmunizaciones y detecciones, dietología, planificación familiar, enfermería materno infantil, atención médica continua, laboratorio y radiodiagnóstico.

4.1.5 Características generales del proceso de trabajo en la unidad de medicina familiar No. 21 del IMSS.

Los servicios básicos en la clínica son tres; la consulta de urgencias, la consulta de medicina familiar y los servicios de medicina preventiva. La plantilla de la unidad está conformada por un total de 450 trabajadores, de los cuales 297 son del área de atención a la salud. Apoyados por los servicios auxiliares, atención domiciliaria de enfermos crónicos (ADEC), administración, almacén, (ARYMAC), centro de equipo y esterilización (CEYE), conmutador, coordinación de asistentes médicos, coordinación médica, conservación, contabilidad, control de prestaciones, atención domiciliaria, pagos y subsidios, delegación sindical, dental, dietología, dirección, educación médica, farmacia, fomento a la salud, jefatura de enfermeras, laboratorio, medicina preventiva, orientación y quejas, personal, planificación familiar, radiología y radiodiagnóstico, ropería, salud en el trabajo, servicios básicos, subdirección médica, trabajo social, urgencias, vigilancia.

El proceso laboral es variable dependiendo del tipo de servicio que el paciente solicita en la clínica, en particular los que acuden a recibir atención médica, depende si ésta es de urgencia, espontánea o subsecuente con su médico familiar, o preventiva en los distintos servicios de apoyo.

En el caso de la consulta de urgencias el paciente pasa al servicio donde puede ser atendido directamente por el médico si es necesario, o llega con el asistente médico

para que le asigne un lugar. Una vez que el médico atiende al paciente procede a su exploración e intervención médica, puede ser auxiliado por una enfermera o residente, de esta manera se efectúa el diagnóstico y se prescribe el tratamiento necesario, si el caso se puede atender en la clínica se ejecuta, o en otros casos el paciente puede ser trasladado para su hospitalización. Si el padecimiento remite el paciente regresa a su domicilio y continuará atendiéndose con su médico familiar.

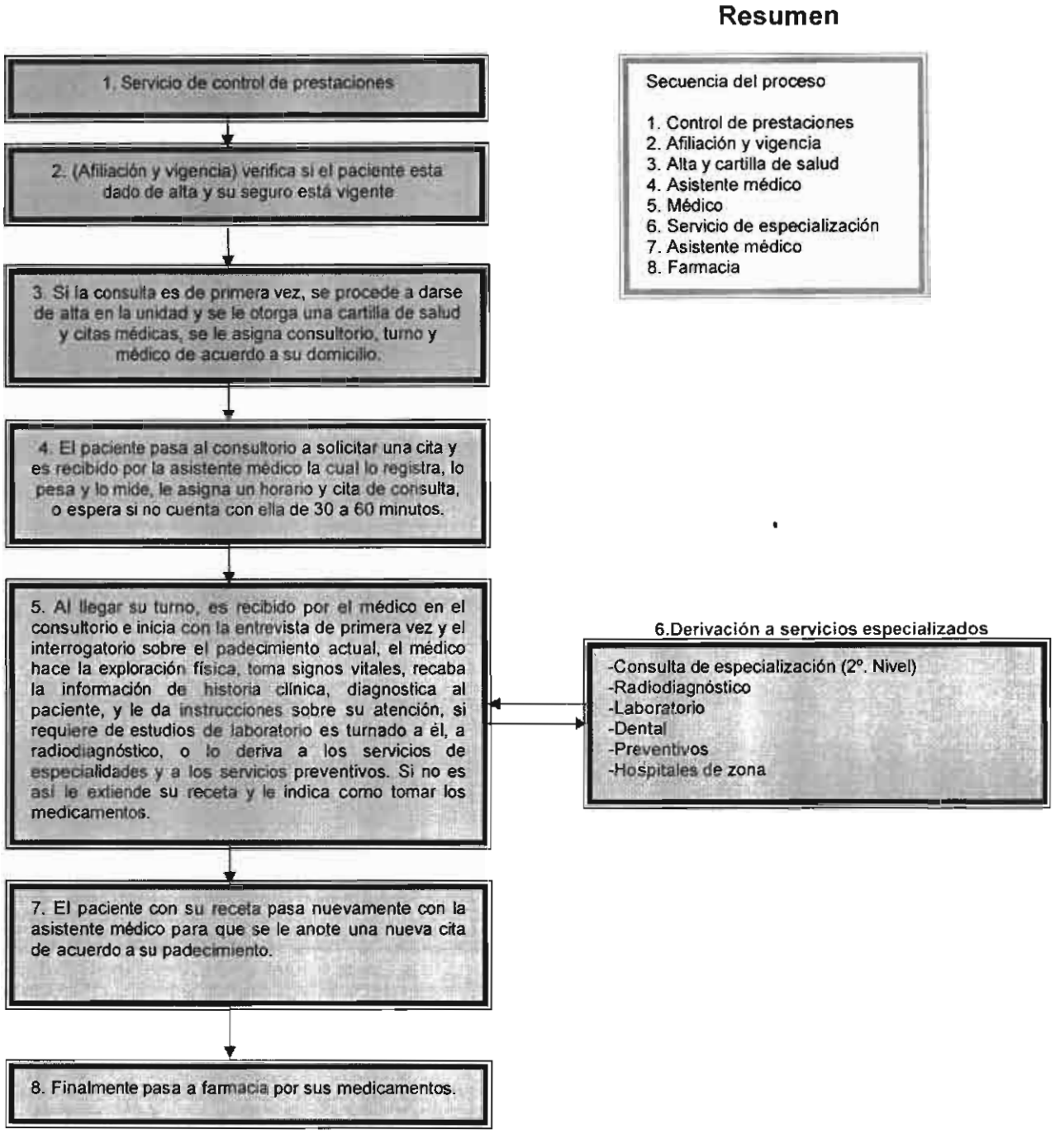
Cuando un paciente asiste a consulta con el médico familiar de primera vez, deberá pasar primero al servicio de control de prestaciones para darse de alta y verificar su vigencia, una vez dado de alta se le designa turno y consultorio e inmediatamente después pasa con la asistente médica del consultorio que le corresponde, entrega su cartilla de identificación y consultas médicas para recibir su atención.

Si la consulta es subsecuente, llega directamente al consultorio con la asistente, ésta lo turna con el médico, el cual hace pasar al paciente al consultorio donde iniciará el interrogatorio, indagando cuál es el motivo de su consulta y su padecimiento actual, realiza la exploración física, toma signos vitales y temperatura, empleando instrumentos como estetoscopio, baumanómetro y termómetro, el médico realiza la nota en el expediente electrónico del paciente y procede a explicarle como se llevará a cabo el tratamiento, el procedimiento que se efectuará en el caso particular del paciente. En lo subsiguiente si es necesario incapacitarlo, medicarlo o derivarlo a algún servicio especializado, le extiende su receta, incapacidad, o formato ST1.

Si la cita es espontánea, igualmente pasará con la asistente médica quien le asigna una cita en ese mismo día y turno, le indica al paciente el tiempo aproximado de espera, al ser recibido por el médico éste seguirá el mismo procedimiento con el paciente antes descrito. Finalmente el paciente pasa a farmacia a que surta su receta y se concluye el proceso.

En el caso de los servicios preventivos, éstos dependerán del tipo de servicio al que se asista, puede ser a inmunizaciones, a los grupos de ayuda o educativos, donde un médico o enfermera orientará al paciente respecto a los grupos, días y horarios en que el paciente deberá presentarse para iniciar con sus pláticas y cursos.

4.1.6 Diagrama de flujo del proceso de trabajo.



V METODOLOGÍA.

Se ha planteado que diversos trastornos mentales, músculo esqueléticos y psicosomáticos son característicos de profesionales de la salud, dentro de los cuales el personal de enfermería, médicos y asistentes médicos son todavía más propensos a padecerlos, sobre todo en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social que presentan una alta carga de trabajo y demandas laborales. Así se deriva el siguiente supuesto, cuya comprobación dirige las acciones tomadas en el desarrollo de la investigación.

5.1 Hipótesis de trabajo

"Existe una asociación entre la prevalencia de trastornos mentales, músculo esqueléticos, psicosomáticos y fatiga con ciertas variables sociodemográficas, de calidad de vida y trabajo, riesgos y diversas exigencias laborales, relacionadas con la organización del trabajo en una muestra aleatoria del personal de médicos, enfermeras y asistentes médicos, en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS"

5.1.1 Objetivo general

a) Identificar las características del proceso de trabajo, así como los riesgos y exigencias asociadas a trastornos mentales, músculo esqueléticos, psicosomáticos y fatiga en los trabajadores del primer nivel de atención a la salud en la UMF No.21 del IMSS.

5.1.2 Objetivos específicos

a) Mostrar las características del proceso de trabajo en el personal del primer nivel de atención a la salud en la UMF No.21 del IMSS.

b) Describir los riesgos y exigencias a los que están expuestos los trabajadores del primer nivel de atención a la salud de la UMF No.21 del IMSS.

c) Identificar la prevalencia de trastornos músculo esqueléticos, mentales, psicosomáticos y fatiga, en los trabajadores del primer nivel de atención de la UMF No. 21 del IMSS.

d) Explicar la relación existente entre los riesgos y exigencias con el surgimiento de diversos trastornos mentales, psicosomáticos, músculo esqueléticos y fatiga en los trabajadores.

e) Proponer medidas de intervención en el espacio laboral, centrada en la promoción de la salud a través de grupos educativos, campañas de prevención y grupos de detección temprana, integrándose en actividades conjuntas con el programa PREVENIMSS.

5.1.3 Diseño

Se trata de una investigación descriptiva y observacional, ya que nos permite acercarnos al fenómeno y dar cuenta de su magnitud, así como observar ciertas asociaciones entre las variables.

Con relación a la intervención del investigador y el control de variables se trata de un estudio observacional; basado en fuentes de información primaria (aplicación de la encuesta individual y la guía de observación) y secundarias como la nómina de los trabajadores de la clínica para obtener algunos datos adicionales.

En cuanto a la obtención de la información, es un estudio transversal ya que capta la presencia de trastornos en un momento específico, de ahí que en lo referente a las asociaciones se trate de un estudio de prevalencia de trastornos mentales, psicosomáticos y músculo esqueléticos en la población estudiada durante el mes de Noviembre del 2005.

5.1.4 Población y Selección de la muestra

La población total de trabajadores o plantilla de la unidad es de 445, de los cuales el 67%, es decir, más de la mitad (297) corresponden al personal que de diversas maneras brinda atención a la salud (psicólogos, estomatólogos, médicos, químicos, etc.) Se obtuvo una muestra aleatoria mediante un procedimiento de selección aleatoria simple con 3 estratos (médicos, enfermeras y asistentes médicos), para así garantizar que cualquier trabajador tuviera la misma probabilidad de ser elegido.

Se utilizó el programa Excel para obtener los números aleatorios de la muestra total de trabajadores, con un porcentaje de confiabilidad del 99%. El programa obtuvo un total de números aleatorios de la nómina, desprendiéndose de estas 34 personas que equivalen al 59.6% del total de enfermeras, 73 trabajadores correspondientes al 76.6% del total de médicos y 29 asistentes médicos que equivalen al 22.3% del total de éstas, obteniendo así una muestra total de 136 trabajadores de estos puestos.

Se ingresó el total de trabajadores de cada categoría correspondientes a la base de datos de la nómina, ordenados en orden alfabético es decir 105 médicos, 77 asistentes y 57 enfermeras, el programa Excel proporcionó 105 números aleatorios para médicos de los cuales se eligieron sólo los primeros 73, 57 números de enfermeras de las que se seleccionaron sólo a las primeras 34 y 77 números de asistentes médicos de las cuales sólo se seleccionaron a los primeros 29.

Además se calculó un 10% adicional para prevenir pérdidas por la no respuesta de los sujetos en la muestra, estos trabajadores fueron ubicados en la clínica para el momento de la aplicación de la encuesta.

5.1.5 Criterios de inclusión y exclusión

Participaron en el estudio sólo los trabajadores de la UMF No.21 del IMSS, con categorías de médico general, médico familiar, enfermeras, auxiliares de enfermería y asistentes médicos, sindicalizados y de confianza, del turno matutino y vespertino, hombre y mujeres, de todos los servicios y áreas de atención a la salud con distintas edades. Se excluyeron a los trabajadores de áreas administrativas, mantenimiento, vigilancia, servicios generales y de transportes.

5.1.6 Variables

Las variables independientes que se estudiaron son: los riesgos y exigencias, la jornada de trabajo, turnos e intensidad de trabajo, los factores humanizantes relacionados con el contenido del trabajo, datos sociodemográficos y laborales; como la categoría, el área, el puesto, turno, antigüedad, sexo, edad, etc.

Las variables dependientes están comprendidas en los diversos trastornos explorados: músculo esquelético, mentales, psicosomáticos y fatiga.

Las áreas se agruparon en: Medicina familiar, urgencias, y medicina preventiva. La aceptación para contestar la encuesta fue voluntaria, mediante la firma del consentimiento informado.

5.1.7 Fuentes de información

La información se obtuvo de fuentes Primarias como: la guía de observación a través de la cual se captan las características del proceso de trabajo y una encuesta individual sobre condiciones de trabajo y salud, mediante la que se obtuvieron los datos generales de los trabajadores, la calidad de vida y de trabajo, las condiciones en que el trabajo se da, los riesgos como: temperatura, ventilación, ruido, contaminantes químicos y biológicos.

También se exploraron exigencias como: la jornada de trabajo, el turno, la supervisión, entre otras. Se indagó también sobre los principales daños a la salud como: ansiedad, estrés, depresión, uso de tabaco y abuso de alcohol, trastornos del sueño, trastornos psicosomáticos digestivos, cardiovasculares, trastornos músculo esqueléticos y fatiga. Como fuente secundaria la nómina fue de utilidad para obtener información sobre el puesto, la categoría, el área a la que pertenecen, la antigüedad y el sexo, entre otras.

La información sobre uso y abuso de alcohol en la población se obtuvo con la aplicación del test adaptado del National Institute of alcohol Abuse and alcoholism (NIAAA, 1990) originalmente publicado por US Jaycees Products División, el cual ha sido validado por su empleo en población mexicana particularmente en el primer nivel de atención a la salud, en países en vías de desarrollo. Tapia-Conyer, (2001), considerando 2 o más respuestas positivas como abuso de alcohol.

5.1.8 Instrumentos de recolección de la información

a) Encuesta Individual

Se adaptó la "Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores". Noriega, (2001) para explorar las condiciones laborales que pueden influir en la presencia de trastornos mentales, psicosomáticos, músculo esqueléticos y fatiga.

Se exploraron variables demográficas como (edad, sexo, escolaridad, estado civil, número de hijos y sus edades, etc.); variables acerca de la calidad de vida y trabajo doméstico; variables acerca de las condiciones, control y valoración del trabajo; variables relacionadas con los riesgos y exigencias laborales y variables de daños a la salud.

b) Guía de Observación

Consideramos el formato de "Encuesta Colectiva del Modelo Obrero (Encuesta Colectiva sobre Condiciones de Trabajo y Salud), tomado de Laurell, (1989). Con base en esta Guía de Observación (adaptada al centro de trabajo en estudio) se realizó la descripción del proceso de trabajo (Qué se hace, Cómo se hace, Con qué se hace y Quiénes lo hacen), de las características del ambiente de trabajo motivo del estudio, para contar con una panorámica general que sustente o ayude a explicar las relaciones específicas entre riesgos-exigencias y presencia de trastornos mentales, psicosomáticos, músculo esqueléticos y fatiga.

5.1.9 Procesamiento y análisis de la información

Los datos y la información se analizaron a través del programa PROESSAT, se obtuvieron las frecuencias simples y relativas como: Tasas, razones, porcentajes y se aplicó la prueba de (Xi) cuadrada para identificar la asociación entre las variables en estudio tales cómo:

-Variables de Identificación (sexo, edad, escolaridad, estado civil)

-Variables de vida y trabajo doméstico que caracterizan a la población (presencia de hijos, realización de labores en casa como sacudir, barrer, lavar, planchar).

-Variables Laborales que caracterizan a la población (área, puesto, turno, antigüedad, tipo de contrato, afiliación).

-Variables de tiempo libre (práctica de algún deporte, lectura, convivencia familiar y esparcimiento).

-Variables de valoración del trabajo asalariado (nivel de satisfacción por el trabajo realizado, oportunidades de crecimiento y aprendizaje, reconocimiento de compañeros y jefes).

-Principales riesgos laborales a los que están expuestos los trabajadores de la muestra como: contaminantes biológicos infecciosos, falta de ventilación, poca iluminación, ruido, cambios bruscos de temperatura, calor y frío.

-Principales exigencias presentes en la organización del trabajo de los encuestados: trabajar sentado, estar fijo en su lugar de trabajo, usar instrumentos manuales quirúrgicos o de exploración física, utilización de un asiento sin respaldo o incómodo, la superficie donde se sienta es incómoda, realizar el trabajo en una posición encorvada, el conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos entre medio minuto y cinco minutos, el puesto de trabajo obliga al trabajador a adoptar posiciones incómodas o forzadas, entre otras.

-Principales daños a la salud detectados en el perfil patológico (trastornos músculo esqueléticos, cefalea tensional, migraña, uso de tabaco y el abuso de alcohol, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, trastornos psicosomáticos cardiovasculares y digestivos, así como la fatiga)

El test of alcohol abuse and alcoholism (NIAAA, 1990) se procesó a través del programa (JMP), se obtuvieron frecuencias simples y relativas. Posteriormente se conjuntaron las bases para el análisis bívariado.

En cuanto al diagnóstico de uso de alcohol con una respuesta positiva del test se califica como positivo, el diagnóstico de abuso se conformó con 2 o más items.

5.2 Aspectos éticos

Para la realización de este estudio en la institución, la aplicación de los instrumentos y manejo de la información se respetaron los aspectos éticos necesarios pues se solicitó por escrito, en un formato adjunto a los instrumentos, el consentimiento informado de cada participante.

5.2.1 Recursos

Para el desarrollo y ejecución de la investigación fue necesario el siguiente equipo:

1. Computadora personal, Compaq Pentium IV, impresora de inyección de tinta, para el procesamiento, almacenamiento y elaboración de textos, que cuente con diversos programas (Word, Power Point, SPSS, JMP, PROESSAT y Acceso a INTERNET)

2. Mobiliario y equipo de oficina: Escritorio, sillas, papelería en general.

3. Recursos económicos para transportación, alimentación, material bibliográfico, fotocopias, calculadoras e instrumentos de medición.

VI RESULTADOS

En este apartado explicamos los principales hallazgos obtenidos en cada grupo de variables, derivados de la aplicación de la Encuesta Individual sobre Condiciones de Trabajo y Salud de los Trabajadores de la UMF No.21 del IMSS.

6.1 Variables de Identificación

La muestra calculada consta de un total de 136 trabajadores de los cuales, el 93% contestó la encuesta (127) y de éstos el 87% lo hizo durante la jornada de trabajo. El porcentaje de no respuesta fue del 7% equivalente a 9 personas del total de la muestra en estudio.

Como se puede observar en la tabla 1, el 28% corresponde a personas del sexo masculino, mientras el 72% son del sexo femenino lo cual nos indica una mayor presencia de mujeres que realizan este tipo de trabajo. De acuerdo a la edad el 27% se ubica arriba de los 50 años de edad, pero si lo juntamos con el segmento de 46 y más de 50, el porcentaje se incrementa hasta el 52% por lo que podemos inferir que más de la mitad, es una población productiva en etapa madura.

De acuerdo con el nivel de escolaridad el 61% tiene estudios profesionales esto puede ser explicado por que la mayoría de la población son médicos. Con respecto

al estado civil el 65% contestó que tenía una pareja al momento de la aplicación de la encuesta, mientras el 35% no tenía pareja.

Tabla 1. Variables de identificación de la población en estudio de la UMF No.21, IMSS

Variable	Frecuencias	Porcentajes
Sexo		
Masculino	35	28
Femenino	92	72
Variable	**Frecuencias**	**Porcentajes**
Edad agrupada		
27-40 años	32	25
41-45 años	29	23
46-49 años	32	25
Más de 50 años	34	27
Variable	**Frecuencias**	**Porcentajes**
Escolaridad Agrupada		
Secundaria o preparatoria Incompleta	14	11
Preparatoria completa o carrera técnica	36	28
Universidad o posgrado	77	61
Variable	**Frecuencias**	**Porcentajes**
Estado civil		
Con pareja	84	65
Sin pareja	43	35

Fuente: Encuesta Individual, 2005.

6.1.1 Variables de vida y trabajo doméstico

Se exploraron algunas variables relacionadas con la vida cotidiana y el trabajo doméstico, ya que pueden representar una mayor carga de trabajo para la población objetivo y por tanto incrementar la presencia de los trastornos estudiados. Respecto a lo relacionado con la presencia de hijos, 103 personas comentaron tener hijos, sin embargo, solo el 24% tiene hijos menores de 5 años y el 57% vive hasta con 2 menores de 18 años. (Ver tabla 2)

En función al trabajo doméstico es notable observar en la tabla 2 que más del 55% de los sujetos encuestados, hicieron referencia a realizar diversas actividades domésticas, lo cual se puede explicar probablemente por que la mayoría de la población fueron mujeres.

Tabla 2. Variables de vida y trabajo domestico de la población en estudio de la UMF No. 21 del IMSS

Variable	Frecuencias	Porcentajes
Presencia de hijos	103	81
Variable	**Frecuencias**	**Porcentajes**
Tiene hijos menores de 5 años		
Sin hijos	92	76
Con hijos	29	24
Variable	**Frecuencias**	**Porcentajes**
Vive con hijos menores de 18 años		
No vive con hijos menores de 18 años	47	39
Vive con un menor de 18 años	37	30
Vive con 2 menores de 18 años	33	27
Vive con 3 o más menores de 18 años	5	4
Variable	**Frecuencias**	**Porcentajes**
Realiza labores del hogar		
Hacer las compras	110	87
Realizar trámites relacionados con la casa y la familia	107	85
Realizar arreglos en la casa	96	76
Lavar los trastes y limpiar la cocina	95	75
Sacudir, barrer, trapear, hacer camas	92	72
Lavar y planchar la ropa	89	71
Cuidar a los hijos: comida, tareas	89	70
Preparar la comida	79	63
Coser, remendar, zurcir, tejer	73	58

Fuente: Encuesta Individual, 2005.

6.1.2 Variables laborales

Respecto a la distribución de los trabajadores por área de trabajo podemos observar en la tabla 3 que el mayor número de trabajadores se concentra en medicina familiar, la cual incluye a 79 trabajadores que equivalen al 62%, seguida de urgencias con el 21% y medicina preventiva con el 17%, por lo que se puede deducir que existe un contacto continuo con los pacientes y una alta exposición a exigencias.

En función del puesto podemos decir que de la población en estudio casi la mitad son médicos (48%) y el turno con más participación de trabajadores fue el matutino con 59% del total. En cuanto a la antigüedad en la clínica se presenta un promedio de 10 años con una DE=8.4 y un promedio de años de antigüedad realizando la misma actividad de 8.5 años con una desviación estándar de 8.5.

117 trabajadores 92% tienen un contrato de base, lo que demuestra que un 91% son sindicalizados. Respecto al ausentismo laboral el 28% de la población refirió haber tenido por lo menos una falta en los últimos 12 meses y el promedio de ausentismo en días por motivos de salud es de 3.6 con una DE= 9.3.

Tabla 3. Variables Laborales que caracterizan a la población de la población en estudio de la UMF No.21, IMSS

Variable	Frecuencias	Porcentajes
Área de trabajo		
Medicina familiar	79	62
Urgencias	26	21
Medicina preventiva	22	17
Variable	**Frecuencias**	**Porcentajes**
Puesto		
Médico	61	48
Enfermera	32	25
Asistente Médico	34	27
Variable	**Frecuencias**	**Porcentajes**
Turno		
Matutino	75	59
Vespertino	52	41
Variable	**Frecuencias**	**Porcentajes**
Antigüedad en el puesto		
De 0 a 5 años	32	25
De 6 a 14 años	34	27
De 15 a 20 años	32	25
Más de 21 años	29	23
Variable	**Frecuencias**	**Porcentajes**
Antigüedad en la clínica		
De 0 a 2 años	31	24
De 3 a 7 años	32	25
De 8 a 17 años	32	25
Más de 18 años	32	26

Fuente: Encuesta Individual. 2005.

6.1.3 Variables de tiempo libre que caracterizan a la población

Interesa conocer también la forma en que los trabajadores utilizan su tiempo libre para identificar el tiempo de recuperación y esparcimiento, motivo por el cual se exploró sobre las principales actividades que realizan durante este periodo. La tabla 4, muestra que el salir a pasear frecuentemente con su pareja, hijos o familiares alcanzó el porcentaje más alto con el 78%, seguido de la lectura con 65% y estudiar con regularidad más de 5 horas a la semana con 48%, las variables restantes se ubican en porcentajes de 42% y menos. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Variables de tiempo libre que caracterizan a la población en estudio de la UMF No.21, IMSS

Variable	Frecuencias	Porcentaje
Sale a pasear frecuentemente con su pareja, sus hijos o algún familiar	99	78
Lee diariamente el periódico, revistas o libros	82	65
Estudia con regularidad más de 5 horas a la semana	60	48
Practica regularmente algún deporte tres o más veces a la semana	53	42
Se junta frecuentemente con amigos	53	42
Realiza actividades comunitarias, políticas o de servicio	23	18
Ve televisión la mayor parte del tiempo libre	15	12

Fuente: Encuesta Individual, 2005.

6.1.4 Variables de valoración del trabajo asalariado

También se exploró sobre un conjunto de variables que permiten conocer cómo están percibiendo los trabajadores el contenido cualitativo de su trabajo, con la intención de conocer cómo esta condición se relaciona con la satisfacción subjetiva de su trabajo o eleva los montos de tensión y exigencias. Identificamos porcentajes altos, por ejemplo, en el interés que los trabajadores tienen sobre su trabajo ya que el 99% se manifestó positivamente sobre esta labor, mientras el 98% refiere sentirse satisfecho y el 91% considera que su trabajo le permite desarrollar sus habilidades así como el aprendizaje de nuevos conocimientos, lo cual parece demostrar que la mayoría de trabajadores tiene una percepción positiva de su trabajo. Llama la atención que a pesar de tener una percepción positiva al 43% no le gustaría que sus hijos trabajaran en lo mismo.

Tabla 5. Variables de valoración del trabajo asalariado que caracterizan a la población en estudio de la UMF No.21, IMSS

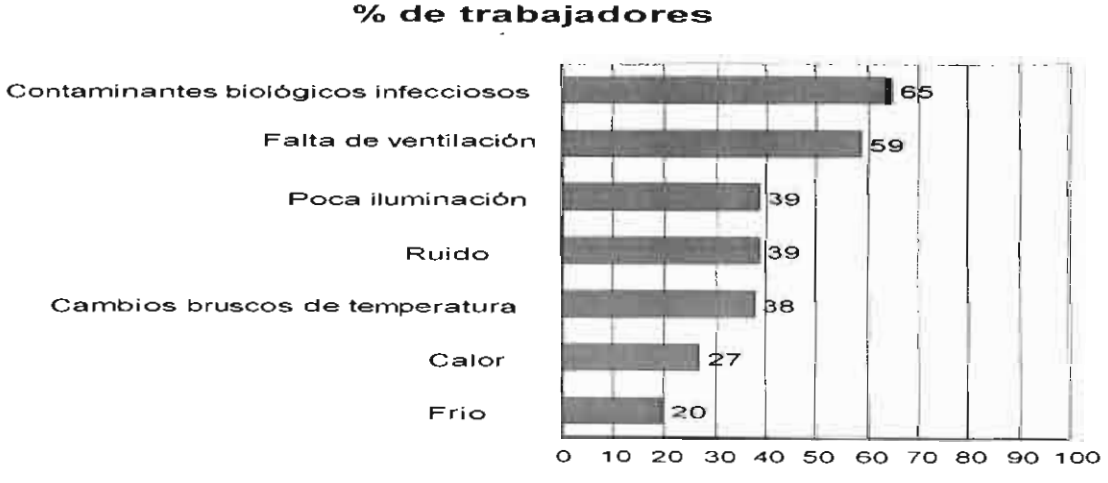
Variable	Frecuencias	Porcentajes
Está interesado en su trabajo	126	99
Le da satisfacción la realización de sus actividades	123	98
Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destrezas	116	91
Su trabajo le permite el aprendizaje de nuevos conocimientos	115	91
Su trabajo le permite desarrollar su creatividad e iniciativa	108	85
Puede usted decidir sobre cómo realizar su trabajo	102	80
Su trabajo es importante para sus jefes	90	71
Puede usted fijar el ritmo de trabajo	83	65
Sus compañeros son solidarios con usted y valoran su trabajo	83	65
Le gustaría que sus hijos trabajarán en lo mismo que usted	54	43

Fuente: Encuesta Individual, 2005.

6.1.5 Principales riesgos a los que están expuestos los trabajadores

Se incluyeron 7 riesgos en el estudio. En primer lugar podemos distinguir a los contaminantes biológicos infecciosos, esto es fácil de entender, por la naturaleza de las actividades que desempeñan y por el contacto con pacientes enfermos, la tasa de exposición es de 65 personas por cada 100, así también la falta de ventilación, es otro riesgo que presenta una tasa alta de 59 personas por cada 100, esto se explica por las características de las instalaciones que son reducidas y mal ventiladas. El ruido y la poca iluminación se perciben en la misma proporción de casi 4 por cada 10, otros riesgos como el calor y el frío se presentan en menor proporción con una tasa del 27 y 20 de cada 100 trabajadores respectivamente. Los riesgos con mayor tasa se presentan en la Gráfica No. 1

Gráfica 1. Exposición a Riesgos en la muestra estudiada (N=127)



6.1.6 Principales exigencias presentes en la organización del trabajo

Se estudiaron 38 diferentes exigencias laborales, de éstas 27 se presentan agrupadas por la naturaleza de su actividad en 3 grupos; 14 exigencias ergonómicas, 9 exigencias relacionadas con el trabajo aburrido y repetitivo, así como 4 relacionadas con la vigilancia en el trabajo y el control de calidad.

Del primer grupo, se presentaron tasas mayores a 20, en 14 exigencias de carácter ergonómico, de las cuales denotamos sólo las primeras 4, con puntajes altos, estas son: trabajar sentado, utilizar un asiento sin respaldo o incómodo, una superficie de trabajo incómoda y aquellas relacionadas con posiciones incómodas o forzadas, todas éstas se presentan en la tabla 6, con tasas de exposición de 63, 52, 50 y 43 trabajadores por cada 100 respectivamente.

Esto probablemente obedezca a que el médico y los asistentes médicos trabajan frente a la computadora la mayor parte del tiempo y tanto la superficie como el mobiliario se encuentran deteriorados y no cumple con las condiciones ergonómicas para las funciones que realizan.

En segundo lugar hayamos 9 exigencias relacionadas con el trabajo aburrido y repetitivo, así como con el uso de equipo médico de las cuales podemos destacar las tres más sobresalientes como: permanecer fijo en su lugar de trabajo, usar

instrumentos y equipo de exploración física y la repetición de tareas por lo menos entre cada 30 segundos y cinco minutos con tasa de exposición de 61, 57 y 43 trabajadores de cada 100 de forma respectiva.

En el tercer grupo se observan 4 que representan las tasas más altas, están relacionadas con la vigilancia en el trabajo y el control de calidad, podemos ubicar; el estricto control de calidad con una tasa de 42 sujetos de cada 100, cubrir cuotas de producción en 39 de cada 100, así como soportar una supervisión estricta en 35 de cada 100, mucha concentración para no accidentarse en 33 trabajadores de cada 100, de forma respectiva. Ver (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de tasas de exposición a exigencias en la población estudiada de la UMF No. 21, IMSS

No	EXIGENCIA	EXPUESTOS	TASA
1	Para trabajar permanece sentado(a)	80	63
2	Estar fijo en su lugar de trabajo	78	61
3	Usar instrumentos manuales como quirúrgicos, o de exploración física	72	57
4	Utiliza un asiento sin respaldo o es incómodo	66	52
5	La superficie donde se sienta es incómoda	63	50
6	Para realizar su trabajo usted requiere estar encorvado	57	45
7	El conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos entre medio minuto y cinco minutos	55	43
8	Su puesto de trabajo lo(a) obliga a adoptar posiciones incómodas o forzadas	55	43
9	Un estricto control de calidad	54	42
10	Realiza movimientos de rotación de la cintura	53	42
11	Un trabajo repetitivo	52	41
12	Trabajar en un espacio reducido	51	40
13	Realizar movimientos de fuerza con la espalda o cintura	50	39
14	Cubrir una cuota de producción	49	39
15	Realizar movimientos de fuerza con los hombros, brazos o manos	47	37
16	Al realizar su trabajo los hombros están tensos	47	37
17	Soportar una supervisión estricta	45	35
18	Al estar sentado no es posible apoyar los pies en algún peldaño o escalón	45	35
19	Realizar un trabajo que le puede ocasionar algún daño a su salud	43	34
20	Mucha concentración para no accidentarse	42	33
21	Realizar movimientos de fuerza con las piernas	42	33
22	No poder desatender su tarea por más de 5 minutos	40	31
23	El trabajo incluye movimientos repetitivos de las manos o tiene que abrir excesivamente los dedos o torcerlos	40	31
24	Estar sin comunicación con sus compañeros	37	29
25	Tiene que torcer o mantener tensa la o las muñecas para trabajar	36	28
26	Permanece de pie para trabajar	31	24
27	El conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos cada medio minuto	30	24
	Total de casos	1514	1190

Fuente: Encuesta Individual, 2005.

6.1.7 Principales daños a la salud detectados en el perfil patológico

En función de los resultados obtenidos y analizados del perfil patológico, observamos en la tabla 7, que los principales daños a la salud indican que los trastornos músculo esqueléticos se manifiestan en 31 trabajadores por cada 100. Daño señalado de forma importante por los trabajadores, relacionado seguramente con las condiciones inapropiadas tanto del mobiliario como del equipo de cómputo, así como de las condiciones físicas de las instalaciones, particularmente de los consultorios y las áreas de medicina familiar y urgencias.

El tabaquismo se ubicó en segundo lugar de prevalencia, mostrando 27 casos de cada 100, trastorno relacionado con las formas negativas de afrontamiento del distrés, las demandas de atención y el escaso control en los procesos de trabajo.

la cefalea tensional representa el tercer trastorno con mayor prevalencia con tasa de 17 de cada 100, asociado probablemente con una alta exposición de exigencias de atención en los servicios y un impacto importante del uso de nuevas herramientas, como la computadora y el expediente electrónico.

Así mismo los daños como: abuso de alcohol, trastornos del sueño, migraña y fatiga con tasas de 9 casos en cada 100.

En tanto, la ansiedad se presenta en 7 de cada 100, así como la depresión y los trastornos psicosomáticos digestivos indican una tasa de 6 de cada 100, probablemente como una manifestación física de las respuestas de tensión laboral, altas cargas de trabajo, procesos repetitivos e incluso con la supervisión y vigilancia estricta.

Finalmente el trastorno de menor prevalencia corresponde a los trastornos psicosomáticos cardiocirculatorios con una tasa de 2 por cada 100, ver (tabla 7)

Tabla 7. Distribución de las puntuaciones totales del perfil patológico general en los 11 principales trastornos de la población estudiada en la UMF No.21, IMSS

No.	PERFIL PATOLÓGICO GENERAL	EXPUESTOS	TASA
1	Trastornos músculo-esqueléticos excepto lumbalgia	40	31
2	Tabaquismo	34	27
3	Cefalea tensional	21	17
4	Abuso de alcohol	11	9
5	Trastornos del sueño	11	9
6	Migraña	11	9
7	Fatiga	11	9
8	Ansiedad	9	7
9	Trastomos psicosomáticos digestivos	8	6
10	Depresión	7	6
11	Trastornos Psicosomáticos Cardiovasculares	2	2
	Total de casos / tasa general	165	1.29

Fuente: Encuesta Individual, 2005.

VII ANÁLISIS BIVARIADO DE LA INFORMACIÓN

Una vez hecha la descripción de las variables en estudio que conciernen a la población en su conjunto, continúa la descripción de las principales asociaciones que se presentan en la población de la UMF, a través del análisis bivariado, esto es el cruce de algunas variables demográficas y laborales que muestran diferencias estadísticamente significativas por medio de la prueba de (Xi^2) y la razón de prevalencia (RP)

7.1 Riesgos y exigencias por género

Se observa en la tabla 8 una tendencia de mayor exposición en los hombres, ya que se detectan porcentajes mayores que en las mujeres en exigencias como: usar instrumentos manuales de tipo quirúrgicos o de exploración física, no poder desatender su tarea por más de 5 minutos, estar sin comunicación con sus compañeros, realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones, siendo las diferencias estadísticamente significativas. Esto se puede explicar debido a que la mayoría de hombres son médicos y la naturaleza de sus actividades incrementa la exposición a este tipo de exigencias y un escaso control en su trabajo. Observamos también en la tabla 8, diferencias estadísticamente significativas en las mujeres en comparación con los hombres en riesgos como: el frío, con porcentajes de exposición mayores, para ellas, por lo que podemos inferir en el caso de las mujeres que aumenta la exposición debido a las condiciones físicas del espacio

donde realizan sus actividades, ya que las asistentes y enfermeras realizan sus actividades en espacios abiertos, expuestas en mayor medida a condiciones adversas del medio ambiente y el clima, a diferencia de los médicos que regularmente se encuentran en espacios cerrados, además la naturaleza de su trabajo tiene una carga mayoritariamente administrativa, con mayor presencia de procesos repetitivos.

Tabla 8. Exposición a diversos riesgos y exigencias por género en trabajadores de la UMF No.21 del IMSS.

Riesgo y exigencias	Hombres*	Mujeres*	Valor de p.	R.P.
Usar instrumentos manuales como quirúrgicos o de exploración física	**71**	51	0.03	1.4
No poder desatender su tarea por más de 5 minutos	**46**	26	0.03	1.8
Estar sin comunicación con sus compañeros	**43**	24	0.03	1.8
Realizar trabajo pendiente en horas o días de descanso o vacaciones	**31**	14	0.03	2.2
El conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos entre medio minuto y cinco minutos	26	**50**	0.01	.52
Frío	9	**25**	0.03	.36
Tasa General	401	343		

Fuente: Encuesta individual, 2005
* Tasa de exposición RP= razón de prevalencia

7.1.1 Riesgos y exigencias por área

En relación con el área se exploraron diversos riesgos y exigencias laborales. Respecto a los primeros no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas, no obstante en medicina familiar predominaron los problemas de iluminación, exceso de calor y frío, mientras que en urgencias, los cambios bruscos de temperatura son un riesgo referido, así como en medicina preventiva se mencionan los contaminantes biológicos, la falta de ventilación y el ruido, por lo que podemos observar que el área no es una variable que se asocie con el nivel de exposición a riesgos.

Una situación distinta ocurre con la exposición a exigencias que evidencia al área de medicina familiar con una exposición mayor que las otras 2 áreas, y con múltiples asociaciones estadísticas, particularmente se identificaron 8 asociaciones con el área de urgencias como se puede observar en la tabla No.9 (resaltadas con negritas), lo cual se explica por que el personal de medicina familiar es el responsable de la atención directa y constante del paciente, lo que le exige mayor esfuerzo físico y posiciones forzadas e incómodas, aislamiento, trabajo repetitivo, y exigencias de tipo ergonómico, en comparación con las otras 2 áreas.

Así también existe mayor exposición en esta área respecto a la de medicina preventiva con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en exigencias como es el hecho de que para trabajar se permanezca sentado, se utilice

un asiento sin respaldo o sea incómodo, la superficie donde se trabaja sea incómoda, al realizar el trabajo los hombros estén tensos, al estar sentado no sea posible apoyar los pies en algún peldaño o escalón, o que el trabajo incluya movimientos repetitivos de las manos o tener que abrir excesivamente los dedos o torcerlos y al realizar el trabajo se tuerzan o tensionen las muñecas.

Esta situación nos indica mayor prevalencia de exigencias ergonómicas y de posiciones forzadas en medicina familiar con relación a medicina preventiva, situación que puede estar relacionada directamente con el proceso de trabajo que se da en medicina familiar por la atención constante de pacientes y las condiciones del mobiliario y el uso de instrumentos de exploración física y computadoras, que en medicina preventiva no se emplean de forma constante.

Es evidente que medicina familiar es el área más expuesta a las diversas exigencias laborales, se identificaron diversas asociaciones estadísticas y los riesgos relativos van del doble a más de 9 veces más frecuentes. Como es el caso de la tensión muscular en miembros superiores que presentan los trabajadores de esta área.

Tabla 9. Exposición a diversas exigencias por área en trabajadores de la UMF No.21 del IMSS

Exigencias	Medicina Familiar*	Urgencias*	Medicina Preventiva*	Valor de p.	R.P.
Para trabajar permanece sentado	**83**	31	**21**	0.0001	3.9
Para trabajar permanece de pie	**11**	**54**	42	0.0001	4.9
Estar fijo en su lugar de trabajo	**74**	**31**	47	0.0001	2.4
Usar instrumentos manuales como quirúrgicos o de exploración física	**44**	77	**84**	0.0002	1.9
Utiliza un asiento sin respaldo o es incómodo	**62**	42	**21**	0.002	2.9
La superficie donde se sienta es incomoda	**65**	31	**11**	0.0001	5.9
El conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos cada medio minuto	**30**	**4**	21	0.006	7.5
El conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos entre medio minuto y cinco minutos	**51**	**23**	37	0.02	2.2
Realiza movimientos de rotación de cintura	**49**	**23**	37	0.05	2.1
Un trabajo repetitivo	**49**	**23**	32	0.03	2.1
Al realizar su trabajo los hombros están tensos	**49**	23	**5**	0.0001	9.8
Soportar una supervisión estricta	39	**12**	**53**	0.005	4.4
Al estar sentado no es posible apoyar los pies en algún peldaño o escalón	**44**	27	**11**	0.008	4.0
No poder desatender su tarea por más de 5 minutos	**40**	**12**	21	0.008	3.3
Estar sin comunicación con sus compañeros	**34**	**12**	32	0.05	2.8
Al realizar su trabajo tiene que torcer o tensionar muñecas	**37**	19	**5**	0.005	7.4
Tasa General	831	467	491		

Fuente: Encuesta individual, 2005,
*porcentaje de exposición
RP= razón de prevalencia

7.1.2 Exigencias por puesto, turno y antigüedad

Con relación a la exposición a exigencias y el puesto identificamos diversas relaciones estadísticamente significativas, se presentan en la tabla No.10. Inicialmente los médicos contra las enfermeras muestran diferencias en 9 exigencias de las 24 exploradas, todas relacionadas con el trabajo de atención a pacientes y metas, no desatender su función, estar concentrado y manipular instrumentos de exploración física y computadoras, además de que el mobiliario no es adecuado para realizar sus funciones. Situación que en el proceso de trabajo de las enfermeras es más variable. Aunque no cuenten con mejores condiciones de espacio y equipo.

Así mismo se presentaron diferencias también significativas entre los grupos de asistentes médicas y las enfermeras en exigencias relacionadas con el trabajar sentado y un trabajo repetitivo, condiciones que explican las cualidades del trabajo de las asistentes, que es más administrativo y repetitivo en comparación con el de las enfermeras.

Tabla 10. Exposición a diversas exigencias por puesto en trabajadores de la UMF No.21 del IMSS

Exigencia	Médicos*	Enfermeras*	Asistentes médicos*	Valor de p.	R.P.
Para trabajar permanece sentado	72	19	88	0.0001	3.8
Estar fijo en su lugar de trabajo	77	41	53	0.001	1.9
Usar instrumentos manuales como quirúrgicos o de exploración física	69	75	18	0.0001	4.2
Utiliza un asiento sin respaldo o es incómodo	72	28	38	0.0001	2.6
La superficie donde se sienta es incomoda	67	19	17	0.0001	3.9
El conjunto de tareas que realiza se repite por lo menos entre medio minuto y cinco minutos	36	37	62	0.04	1.7
Su puesto de trabajo lo(a) obliga a adoptar posiciones incómodas o forzadas	59	37	21	0.0008	2.8
Un trabajo repetitivo	34	34	59	0.04	1.7
Trabajar en un espacio reducido	56	31	21	0.001	2.6
Al realizar su trabajo los hombros están tensos	49	19	32	0.01	2.6
Al estar sentado no es posible apoyar los pies en algún peldaño o escalón	49	16	29	0.003	3.1
Realizar un trabajo que le puede ocasionar algún daño su salud	41	37	18	0.05	2.3
Mucha concentración para no accidentarse	31	53	18	0.008	2.9
Realizar movimientos de fuerza con las piernas	36	44	18	0.05	2.4
No poder desatender su tarea por más de 5 minutos	39	12	35	0.01	3.2
El trabajo incluye movimientos repetitivos de las manos o tiene que abrir excesivamente dedos o torcerlos	46	12	24	0.001	3.8
Estar sin comunicación con sus compañeros	43	12	21	0.003	3.6
Realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones	28	3	18	0.005	9.3
Ejecutar un trabajo peligroso	25	28	3	0.004	9.3
Torcer o tensionar muñecas	43	12	18	0.002	3.6
Estar de pie	13	59	12	0.0001	4.9

Fuente: Encuesta individual, 2005

*porcentaje de exposición

RP= razón de prevalencia

Se encontró un menor número de diferencias estadísticamente significativas entre médicos y asistentes en algunas exigencias que muestran la cualidad del trabajo médico, como la referencia de que su trabajo le puede ocasionar algún daño a su salud, dado el contacto más estrecho que tienen con los pacientes a diferencia de las asistentes médicas, quienes sólo los pesan, miden y dan el turno de entrada con el médico. El resto de exigencias también son de carácter ergonómico entre estos 2 puestos y de falta de claridad en la recepción de órdenes por parte de su superior.

Así mismo, se registran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de enfermeras y asistentes, los cuales muestran con mayor claridad el contenido del trabajo de las enfermeras, tales como: usar instrumentos manuales quirúrgicos o de exploración física, mucha concentración para no accidentarse, realizar movimientos de fuerza con las piernas, ejecutar un trabajo peligroso, su puesto de trabajo la obliga a realizar un esfuerzo físico muy pesado y estar de pie, lo cual nos indica cómo el trabajo de la enfermera en comparación con el de la asistente, exige mayor empleo de instrumentos, concentración y trato directo con pacientes.

Por otra parte aunque se exploró la asociación entre exposición a riesgos y exigencias con el turno, no se identificaron hallazgos significativos entre los grupos, sólo la existencia de una exposición a riesgos en el turno vespertino

observando una diferencia estadísticamente significativa en este turno con la presencia de horas extras, exigencia que se presenta principalmente en las asistentes médicas, las cuales en ocasiones cubren doble jornada. Respecto a la antigüedad el grupo de más de 18 años refirió preocupación por el trabajo que realiza, ya que le puede ocasionar algún daño con un valor de $p<0.05$

7.1.3 Análisis bivariado por algunas variables demográficas y laborales contra el perfil patológico

Con intención de dar a conocer algunos resultados relacionados con las variables que caracterizan a la población en estudio y sus condiciones laborales, se buscaron las posibles relaciones estadísticas de estas condiciones con los daños a la salud.

La relación entre el género y el perfil patológico, muestra una tasa general de trastornos un poco más alta para las mujeres con 139 padecimientos por cada 100, en comparación con los hombres cuya tasa es de 106 por cada 100. Se identificó sólo una diferencia marginalmente significativa entre ambos grupos, con una prevalencia mayor de migraña en las mujeres en comparación con los hombres.

Como referencia complementaria llama la atención la presencia de una tasa de prevalencia mayor en las mujeres en trastornos como: ansiedad, padecimientos musculares y esqueléticos, tabaquismo y la cefalea tensional, aunque estas

diferencias no fueron estadísticamente significativas, por otro lado la edad no mostró ninguna relación en la aparición de alguna patología.

7.1.4 Estado civil agrupado contra el perfil patológico

Respecto al estado civil se registra una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de trabajadores qué tienen pareja en comparación con los que no tienen pareja, ya que los primeros presentan mayor prevalencia de fatiga patológica y mayor riesgo de experimentar ansiedad hasta 4 veces más que el grupo sin pareja, así mismo se observa una razón de prevalencia mayor a 1 en el grupo con pareja en trastornos como: cefalea tensional, abuso de alcohol y migraña. Esto podría ser explicado por una mayor exposición del grupo con pareja a cargas de trabajo extra y doméstico relacionado con la atención a la familia y a la propia pareja que origina mayor desgaste y fatiga.

La tasa general indica mayor prevalencia de trastornos en los trabajadores qué tienen pareja y ambas poblaciones tienden a deprimirse en la misma proporción.

7.1.5 Escolaridad contra perfil patológico

En este rubro encontramos 3 puntuaciones sobresalientes entre ellas 2 marginales y una tasa general de prevalencia mayor en los trabajadores que tienen estudios profesionales, la diferencia estadísticamente significativa entre estos grupos

corresponde a los trastornos del sueño, donde los trabajadores sin estudios profesionales tienden a padecer más de éstos. En cuanto al análisis epidemiológico llama la atención la depresión y los trastornos como la ansiedad y la fatiga patológica que se presentan con mayor riesgo en el grupo de trabajadores sin estudios profesionales.

7.1.6 Turno contra perfil patológico

El turno y su relación con el perfil patológico muestra mayor prevalencia de trastornos del sueño, ansiedad, entre los trabajadores del turno vespertino, siendo las diferencias estadísticamente significativas. Ver (Tabla 11).

Así como una mayor presencia de trastornos como: cefalea tensional y migraña en los trabajadores del turno matutino, con diferencias significativas estadísticamente. El panorama general indica que de acuerdo al turno, los trabajadores que laboran por la tarde presentan una tasa de prevalencia mayor que los del turno matutino, tal vez relacionado con una mayor carga de trabajo, prolongación de la jornada de trabajo en el caso de la jornada agregada que regularmente se da en el turno vespertino, así como con labores que exigen mucha atención y concentración en los procesos de trabajo y las demandas de atención que no son atendidas de manera oportuna en el turno matutino.

Tabla 11. Relación entre turno contra perfil patológico en trabajadores de la UMF No.21 del IMSS

Trastorno	Vespertino Tasa 1	Matutino Tasa 2	Valor de p.	R.P.
Trastornos del sueño	**15**	4	**0.02**	3.7
Cefalea tensional	8	**23**	**0.01**	0.3
Ansiedad	**13**	3	**0.01**	4.3
Migraña	2	**13**	**0.01**	0.1
Tasa General	**138**	123		

La Razón de Prevalencia (R.P.) se calcula dividiendo la tasa 1 entre la tasa 2.
Fuente: Encuesta individual, 2005

7.1.7 Puesto agrupado contra perfil patológico

Las tasas de prevalencia en los puestos estudiados de la UMF con relación a los principales trastornos que experimentan, denotan una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en el tabaquismo, siendo este mayor en las enfermeras, seguidas de las asistentes médicas y al final con una menor tasa en médicos, lo que nos indica una mayor presencia del uso de tabaco en enfermeras, por lo que podemos interpretar que el puesto se encuentra asociado con el surgimiento de los demás trastornos.

El grupo más afectado es el de las asistentes médicas con una tasa general de 73, esto lo podemos entender debido a que tienen el primer contacto con el paciente y

son las depositarias de las quejas y molestias de los asistentes a los servicios de salud, además de una mayor exigencia en los procesos administrativos, ya que como sabemos son más repetitivos y les implica un desgaste constante, alargamiento de las jornadas por tiempo extra o suplencia de otras compañeras y deficientes estrategias de manejo del estrés.

7.1.8 Área agrupada contra perfil patológico

Con respecto a las áreas agrupadas no encontramos diferencias estadísticamente significativas, lo cual indica que el área no es un factor determinante en el surgimiento de trastornos. Por otro lado, la descripción epidemiológica por área nos indica que medicina familiar presenta una tasa general de 131, mayor en comparación con las otras 2 áreas, esto parece referirnos un mayor riesgo de que los trabajadores presenten daños a la salud en ésta área.

7.1.9 Antigüedad en la clínica contra perfil patológico

La antigüedad en la clínica no mostró ningún valor estadísticamente significativo entre los grupos con la depresión. La ansiedad y los trastornos psicosomáticos digestivos y el abuso de alcohol, muestran valores marginales sin una significancia estadística, por lo que la antigüedad no es una determinante en la presencia de estos daños.

Desde un enfoque epidemiológico la depresión, los trastornos psicosomáticos digestivos y el abuso de alcohol afecta de manera más importante al grupo de 8 a 17 años, así como al segmento de 3 a 7 años la ansiedad presenta la mayor tasa general de daño con 169 comparativamente con los otros tres grupos, siendo en este caso más afectado por padecimientos musculares y esqueléticos con tasa de 47 por cada 100 trabajadores, seguido del tabaquismo con 34 de cada 100, la ansiedad y la cefalea tensional en 16 de cada 100 trabajadores, estas circunstancias se pueden originar de la exposición a exigencias presentes en el proceso de trabajo y su contenido, situación que parece ser con el tiempo la ansiedad y la tensión van en aumento, incrementando la manifestación de estos daños. Por otra parte los trastornos músculo esqueléticos empiezan a surgir de manera temprana prevaleciendo en el transcurso de los siguientes años laborales.

VIII ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EXPOSICIÓN A RIESGOS Y EXIGENCIAS CON DIVERSOS TRASTORNOS A LA SALUD

8.1 Riesgos y exigencias asociados a trastornos músculo esqueléticos

Un análisis que resulta fundamental es la asociación que se puede dar entre la exposición que los trabajadores tienen o no, a diversos riesgos y exigencias laborales y la presencia de daños a la salud. Por ese motivo, tomamos en consideración a toda la población participante en el estudio y la clasificamos en su condición de expuestos o no expuestos para identificar posibles asociaciones con los daños a la salud estudiados.

Se realizó el análisis estadístico de los resultados obtenidos de las pruebas de Xi2 y exacta de Fisher, los resultados se muestran agrupados y ordenados por tipos de trastornos: músculo esqueléticos, mentales, psicosomáticos y fatiga.

Los trastornos músculo esqueléticos fueron los daños a la salud más relevantes en el conjunto de trabajadores. Se presentaron asociaciones en diversas exigencias ergonómicas y del contenido del trabajo. Observamos en la tabla 12 la presencia de diversas asociaciones significativas entre los grupos, indicando que 13 de ellas guardan una asociación para la manifestación de trastornos músculo esquelético. Las 3 principales exigencias son de carácter ergonómico, relacionadas con las posiciones incómodas y forzadas, así como aquellas que pueden originar daños a la salud.

Las posiciones incómodas o forzadas presentaron una R.P. de hasta 3 veces más en el grupo expuesto que en el de no expuesto, mostrando un valor de p.<0.0001 (I.C.1.33-2.41), seguida de trabajo repetitivo que multiplica el uso de las manos o los dedos con una R.P. de 2.40 veces más y un valor de p.<0.0007 (I.C. 1.17-2.32) en tanto realiza un trabajo que puede originar daños a la salud, presentó una R.P. de más de 2 veces, con un valor de p<0.0007 (I.C. 1.16-2.23), las exigencias restantes indican una R.P. que va de 2 a 1.68 como se muestran en la tabla No. 12, todas ellas son estadísticamente significativas y la mayoría son de carácter ergonómico.

Esto lo podemos explicar debido a que en esta Unidad Médica, las condiciones del mobiliario no son adecuadas o están deterioradas, los instrumentos de trabajo son obsoletos o exigen mayor esfuerzo del trabajador y la forma en que se organiza la demanda de atención y las cargas de trabajo, superan la capacidad de los recursos humanos, o no se programan equitativamente. Estos factores se constituyen en determinantes para la presencia de trastornos músculo esqueléticos.

Tabla 12. Exposición a diversas exigencias asociados a trastornos músculo esqueléticos en los trabajadores de la UMF No.21 del IMSS

TRASTORNOS MÚSCULO ESQUELÉTICOS Riesgo / exigencia	E	NE	R.P.	I.CONFIANZA	p.
Su puesto de trabajo lo(a) obliga a adoptar posiciones incómodas o forzadas	53	15	3.5	1.33-2.41	0.0001
Realizar un trabajo repetitivo con las manos o tiene que abrir excesivamente los dedos	52.5	21.8	2.4	1.17-2.32	0.0007
Realizar un trabajo que le puede originar algún daño a la salud	51	21	2.4	1.16-2.23	0.0007
Recibir ordenes confusas o poco claras por parte de su jefe	56	26	2	1.05-2.75	0.005
Realizar movimientos de fuerza con las piernas	47	23	2	1.07-1.99	0.006
Cambios bruscos de temperatura	46	23	2	1.07-1.90	0.007
Trabajar en un espacio reducido	45	22	2	1.07-1.86	0.007
Cubrir una cuota de atención a pacientes	45	23	1.95	1.05-1.85	0.01
Realizar movimientos de fuerza con la espalda o cintura	44	23	1.91	1.04-1.80	0.01
Mucha concentración para no accidentarse	45	25	1.8	1.02-1.86	0.02
Un trabajo repetitivo	42	24	1.75	1.01-1.72	0.02
El trabajo lo obliga a torcer o tensionar las muñecas	44	26	1.69	0.97-1.82	0.05
Al realizar su trabajo los hombros están tensos	42	25	1.68	0.99-1.72	0.04

Fuente: Encuesta individual, 2005
*Valores correspondientes al valor de p.<0.05
R.P. Razón de Prevalencia (E/NE)

8.1.1 Riesgos y exigencias asociados al consumo de tabaco y el abuso de alcohol

Respecto a la asociación entre los distintos riesgos y exigencias explorados con el consumo de tabaco y el abuso de alcohol, nos indican 7 valores significativos; con relación al tabaquismo se detectaron 4 : El trabajar de píe indica una R.P. de casi 2 veces más en el grupo de (E) con un valor de p<0.03 (I.C.0.98-1.85), mucha concentración para no accidentarse, trabajar en un espacio reducido, y realizar un trabajo aburrido, las cuales presentan razones de prevalencia de 1.8, 0.5 y 0.3 veces más respectivamente en comparación con el grupo no expuesto, así como valores respectivos de p.<0.04 (I.C.0.98-1.65), 0.05 (I.C.0.67-1.00), 0.02 (I.C.0.15-0.47) indicando que las condiciones ergonómicas y de trabajo pudieran originar estrés o fatiga y la respuesta de afrontamiento es negativa recurriendo al uso de tabaco con el fin de relajarse, ver (tabla.13)

En función del abuso de alcohol, 1 riesgo fue el más referido, el calor que mostró una (R.P.) de casi 5 veces más comparado con los (NE), con valores de p. <0.008 (1.01-1.44), por otra parte 2 exigencias son las más sentidas: cubrir una cuota de atención a pacientes, y el puesto de trabajo lo obliga a realizar un esfuerzo físico muy pesado, con (R.P) de 4.3, y 4.0 respectivamente, así como valores de p.<0.02+(I.C.1.01-1.34), 0.05+(I.C.0.89-1.84), lo cual indica que las cargas de trabajo, el esfuerzo físico y el aislamiento originan altas cargas de tensión que se manejan de manera negativa a través del uso o abuso de alcohol como una forma indirecta de afrontamiento y

alivio de la tensión, o como recursos para favorecer la convivencia después de jornadas de trabajo donde permanecen aislados y sin comunicación. Ver (tabla. 13)

Tabla 13. Exposición a diversos riesgos y exigencias asociados al consumo de tabaco y el abuso de alcohol en los trabajadores de la UMF No.21 del IMSS

TABAQUISMO Exigencias	E	NE	R.P.	I.CONFIANZA	p.
Para trabajar permanece de pie	42	22	1.9	0.98-1.85	0.03*
Mucha concentración para no accidentarse	38	21	1.8	0.98-1.65	0.04*
Trabajar en un espacio reducido	17.6	36.8	0.5	0.67-1.00	0.05*
Realizar un trabajo aburrido	21.3	80	0.3	0.15-0.47	0.02+
ABUSO DE ALCOHOL Riesgo / exigencia	**E**	**NE**	**R.P.**	**I.CONFIANZA**	**p.**
Calor	20.5	4.3	4.8	1.01-1.44	0.008+
Cubrir una cuota de atención a pacientes	16.3	3.8	4.3	1.01-1.34	0.02+
Su puesto de trabajo lo obliga a realizar un esfuerzo físico muy pesado	27.2	6.8	4.0	0.89-1.84	0.05+

Fuente: Encuesta individual, 2005
*Valores correspondientes al valor de p <0.05
+Valores correspondientes a la prueba exacta de fisher
R.P. Razón de Prevalencia (E/NE)

8.1.2 Exposición a diversas exigencias asociadas con trastornos del sueño y ansiedad

Se identificaron 12 asociaciones estadísticamente significativas entre las exigencias, los trastornos del sueño y la ansiedad. Las 3 exigencias con mayor razón de prevalencia son: el trabajo que incluye movimientos repetitivos de las manos o aquel en el cual se tiene que abrir excesivamente los dedos o torcerlos, estar fijo en su

lugar de trabajo y realizar movimientos de rotación de cintura. La tabla 14, muestra valores de 6.6, 6.5 y hasta 5.6 veces más respectivamente en el grupo de expuestos comparativamente con el de no expuestos, en los trastornos del sueño.

También encontramos la presencia de exigencias relacionadas con el trabajo repetitivo, el aislamiento en el puesto y las posiciones incómodas asociadas con trastornos del sueño.

Esta situación podría responder a las condiciones desfavorables del espacio físico y el empleo de instrumentos de trabajo como: computadoras, instrumentos de exploración física, llenado de formatos y procedimientos de auscultación, manejo del paciente y jornadas de trabajo prolongadas que originan fatiga, malestares físicos, estados de inquietud y ansiedad que pueden influir en la calidad de sueño.

Los trabajadores refieren también exposición a riesgos relacionados con cambios bruscos de temperatura y la ansiedad, posiblemente asociado con las condiciones inapropiadas de ventilación y tamaño de los consultorios. Ver (tabla. 14)

Por otra parte el puesto de trabajo obliga a adoptar posiciones incómodas o forzadas y el recibir órdenes confusas o poco claras del jefe, son 2 de las 3 exigencias que presentan asociación estadísticamente significativa con la ansiedad entre los grupos. Lo cual nos puede indicar que la percepción que los trabajadores tienen de su

supervisor exacerba los montos de ansiedad relacionados con las cargas de trabajo, de calidad y relación directa con el jefe.

El trabajador de la salud expuesto a estas exigencias requiere de habilidades de afrontamiento positivo del distrés y la ansiedad los cuales se constituyen en un factor de riesgo para experimentar estos daños en su salud. Ver (tabla. 14)

Tabla 14. Exposición a diversas exigencias asociadas con trastornos del sueño y ansiedad en los trabajadores de la UMF No.21 del IMSS

TRASTORNOS DEL SUEÑO Riesgo / exigencia	E	NE	R.P.	I.CONFIANZA	p.
El trabajo incluye movimientos repetitivos de las manos o tiene que abrir excesivamente los dedos o torcerlos	20	3	6.6	1.03-1.42	0.003+
Estar fijo en su lugar de trabajo	13	2	6.5	1.02-1.23	0.04+
Realizar movimientos de rotación de cintura	17	3	5.6	1.03-1.33	0.007*
Su puesto de trabajo lo(a) obliga a adoptar posiciones incómodas o forzadas	16	3	5.3	1.03-1.31	0.009+
Realizar movimientos con los brazos por encima o detrás de los hombros	26	5	5.2	1.01-1.65	0.004
El trabajo lo obliga a torcer o tensionar las muñecas	19	4	4.7	1.00-1.40	0.01+
Utiliza un asiento sin respaldo o es incómodo	14	3	4.6	1.01-1.25	0.05+
Al realizar su trabajo los hombros están tensos	17	4	4.2	1.01-1.33	0.01+
ANSIEDAD	**E**	**NE**	**R.P.**	**I.CONFIANZA**	**p.**
Cambios bruscos de temperatura	14	2	7	1.01-1.29	0.02+
Su puesto de trabajo lo(a) obliga a adoptar posiciones incómodas o forzadas	13	3	4.3	1.00-1.24	0.03+
Recibir órdenes confusas o poco claras de su jefe	17	5	3.4	0.95-1.40	0.05+
Soportar una supervisión estricta	15	5	3	0.98-1.29	0.05+

Fuente: Encuesta individual, 2005
*Valores correspondientes al valor de p <0.05
+Valores correspondientes a la prueba exacta de fisher
R.P. Razón de Prevalencia (E/NE)

8.1.3 Exposición a diversas exigencias asociadas con la cefalea tensional y migraña

Estar fijo en su lugar de trabajo, no poder desatender su tarea por más de 5 minutos, soportar una supervisión estricta, cubrir una cuota de atención a pacientes son las 4 exigencias que muestran asociaciones estadísticamente significativas entre los grupos con relación a la cefalea tensional, y sus razones de prevalencia son de (R.P) de 3.83, 3.54, 2.45, 2.12 veces más en los expuestos en comparación con los (NE). Ver (tabla 15). Podemos inferir que las actividades que requieren de mayor atención, concentración, calidad y metas elevan los niveles de distrés originando fuertes dolores de cabeza entre los trabajadores expuestos a estas exigencias.

La migraña muestra diferencias estadísticamente significativas entre los grupos expuestos a exigencias como: realizar un trabajo aburrido, un estricto control de calidad y soportar una supervisión estricta, con (R.P) de entre 5.71, 3.75 y 3 veces más respectivamente, con asociaciones estadísticamente significativas con estas exigencias que pueden originar este padecimiento; como respuesta psicosomática de afrontamiento indirecto. Ver (tabla, 15)

Tabla 15. Exposición a diversas exigencias asociadas con la cefalea tensional y migraña en los trabajadores de la UMF No.21 del IMSS

CEFALEA TENSIONAL Exigencia	E	NE	R.P.	I.CONFIANZA	p.
Estar fijo en su lugar de trabajo	23	6	3.8	1.06-1.41	0.01+
No poder desatender su tarea por más de 5 minutos	28	11	3.5	0.99-1.50	0.02*
Soportar una supervisión estricta	27	11	2.4	1.00-1.47	0.02*
Cubrir una cuota de atención a pacientes	24.4	11.5	2.1	0.98-1.40	0.05*
MIGRAÑA	**E**	**NE**	**R.P.**	**I.CONFIANZA**	**p.**
Realizar un trabajo aburrido	40	7	5.7	0.75-3.16	0.05+
Un estricto control de calidad	15	4	3.7	1.00-1.27	0.05+
Soportar una supervisión estricta	15	5	3	0.98-1.29	0.05+

Fuente: Encuesta individual, 2005
*Valores correspondientes al valor de p <0.05
+Valores correspondientes a la prueba exacta de fisher
R.P. Razón de Prevalencia (E/NE)

8.1.4 Exposición a diversas exigencias asociados a la fatiga

Las exigencias con diferencias estadísticas son: trabajar en un espacio reducido, cubrir una cuota de atención a pacientes, al realizar su trabajo los hombros están tensos y un trabajo que obliga a torcer o tensionar las muñecas, realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones y soportar una supervisión estricta; con (R.P) que van de 6 veces más hasta 3 veces más en comparación con el grupo que no se encuentra expuesto a estas exigencias. Ver (tabla. 16)

Los valores de las pruebas estadísticas exacta de Fisher y de Xi_2, fueron menores de 0.006 y hasta 0.05 con (I.C. 1.04-1.35) a (I.C. 0.98-1.29) considerando la primera y la última exigencia. Lo que nos indica que éste tipo de condiciones elevan la probabilidad de experimentar fatiga, ya que se le exige al trabajador mayor esfuerzo físico, concentración y cubrir con las cuotas de atención, constituyéndose en exigencias constantes, que afectan su recuperación y acumulan de forma crónica el desgaste físico y mental.

Tabla 16. Exposición a diversas exigencias asociadas con la fatiga en los trabajadores de la UMF No.21 del IMSS

FATIGA Exigencia	E	NE	R.P.	I.CONFIANZA	p.
Trabajar en un espacio reducido	18	3	6	1.04-1.35	0.006+
Cubrir una cuota de atención a pacientes	16	4	4	1.01-1.31	0.02+
Al realizar su trabajo los hombros están tensos	17	4	4	1.01-1.33	0.01+
El trabajo lo obliga a torcer o tensionar las muñecas	19	4	4	1.00-1.40	0.01*
Realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones	21	6	3	0.96-1.47	0.03+
Soportar una supervisión estricta	15	5	3	0.98-1.29	0.05+

Fuente: Encuesta individual, 2005
*Valores correspondientes al valor de p <0.05
+Valores correspondientes a la prueba exacta de fisher
R.P. Razón de Prevalencia (E/NE)

IX DISCUSIÓN

Las investigaciones actuales en México centradas en vigilar la salud de los trabajadores son limitadas en comparación con otros temas centrados en el interés de las empresas para elevar la calidad y productividad, aludiendo a explorar y construir modelos teóricos y conceptuales que respondan al contexto económico, político, jurídico y social del modelo neoliberal, aunado a esto se observa una nula percepción del Estado mexicano para informar al trabajador respecto a lo dañino y perjudicial que resulta ser el trabajo para la salud integral, sin desconocer también los beneficios que este proporciona.

La influencia de estudios e investigaciones realizadas en países desarrollados y de primer mundo que han transitado al reconocimiento del efecto negativo del trabajo y sus componentes en el ser humano, han influido en los nuevos enfoques, corrientes teóricas y líneas de investigación que han permitido que algunos investigadores mexicanos hayan decidido retomar este fenómeno de estudio en los trabajadores; particularmente en el sector industrial.

Se ha explorado cómo el proceso del trabajo se relaciona con el surgimiento de afectaciones a la salud, diseñando modelos metodológicos para investigar en las poblaciones de trabajadores, de algunos sectores como el de los servicios, pese a eso hemos encontrando pocas investigaciones efectuadas en nuestro país que profundicen en el tema.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del trabajo (OIT), y otras instancias verificadoras de las condiciones en que se desarrolla el trabajo en el mundo, han demostrado ampliamente en sus obras relacionadas con la "Salud y la Seguridad en el Trabajo" el surgimiento de nuevos trastornos físicos, mentales y psicosomáticos que presentan una etiología relacionada con las actividades laborales.

Hurrel, en OIT (2000) Identifica algunos que se presentan con mayor frecuencia en este contexto, como son: Los trastornos del estado de ánimo, la depresión, la ansiedad, el estrés y la fatiga. En el sector de los servicios de salud, por las características que poseen sus procesos de trabajo, se han adaptado enfoques teóricos y metodológicos, empleados actualmente en países desarrollados. Sobre todo en aquellos que cuentan con un marco legal donde se privilegia y vigila la salud de los trabajadores. Reconociendo los daños originados por el impacto de las actividades laborales, como en el caso de países europeos, especialmente Italia, Inglaterra, Suecia, Suiza y Dinamarca. En nuestro continente EUA, Brasil y Venezuela.

En México y América Latina los estudios realizados con poblaciones de trabajadores del sector salud, han girado particularmente en torno a los accidentes de trabajo relacionados con la exposición a riesgos, y en menor medida a padecimientos relativamente recientes como el síndrome de burnout, y otros trastornos mentales

como la neurosis. González, (2004), Méndez, (2004), Román, (2003), Rivera, (2004), Zaldúa, (2000), Maslach y Jackson (1982), refieren estos padecimientos con prevalencias que transitan del 38.5% hasta el 84% en trabajadores de la salud, especialmente médicos, enfermeras y residentes. Situación que habla de la presencia de estos daños en el sector salud, condición que deriva en la necesidad de realizar más investigaciones.

Algunos de los resultados obtenidos en nuestro estudio, revelan que existe una asociación entre la exposición a riesgos y en mayor medida a exigencias del proceso y organización del trabajo. Mostrando como un hallazgo importante la presencia de los trastornos músculo esqueléticos como una afectación muy sentida en esta población.

Al respecto de los trastornos músculo esqueléticos en la población de trabajadores del sector servicios, Tamez, (2003) refiere esta patología como prevalente, relacionada con exigencias de carácter ergonómico, de trabajo repetitivo, posiciones forzadas y uso de video terminales por más de 20 horas a la semana. Como en el caso de nuestra población de estudio del primer nivel de atención como: médicos, enfermeras y asistentes médicos, los cuales emplean estos equipos de forma constante con promedio de más de 20 horas a la semana. Aunque sea un riesgo no estudiado en esta investigación se reporta como un hallazgo importante.

Apud, (2003), Vernaza, (2005), Tamez, (2003), Indican que en profesionales de la salud y trabajadores administrativos, los factores ergonómicos, fisiológicos, psicológicos y biomecánicos que se desprenden de los procesos laborales pueden incidir en la presencia de trastornos como: fatiga, músculo esqueléticos en brazos, hombros y manos, trastornos mentales.

En población de trabajadores del sector servicios, Vernaza, (2005) reporta que el 57% de una muestra estudiada presentó síntomas de dolor con porcentajes del 56.6% en la zona alta de la espalda y el 53% en el cuello asociados con procesos repetitivos y posiciones forzadas, datos significativos que se observan en la población de trabajadores de la UMF No.21 del IMSS, como el principal hallazgo.

La mayoría de trabajadores, realizan además de sus funciones específicas, actividades de tipo administrativo. Estas funciones les exige realizar su trabajo en posiciones forzadas como estar sentados gran parte de la jornada, realizar un trabajo repetitivo, utilizar instrumentos de exploración física que se manipulan con las manos y esto también origina que los hombros permanezcan tensos.

La exposición a factores de riesgo ergonómicos, biomecánicos y la presencia de lesiones músculo esqueléticas, indican que las posturas forzadas, el trabajo repetitivo, las condiciones del mobiliario y los equipos de trabajo significan mayor riesgo. Por lo tanto este tipo de trastorno podría llegar a incapacitar a los

trabajadores en sus actividades de la vida diaria, producto de lesiones que se pueden volver crónicas o recurrentes.

Por lo que respecta a los trastornos mentales como la dependencia a sustancias, Sansores (1999) y Martínez (2004), determinaron la prevalencia de tabaquismo en trabajadores de la Salud en México. Reportaron una presencia significativa de fumadores, particularmente del sexo femenino, administrativos, que vivían en unión libre y separadas. Datos similares que se reportan en el perfil patológico de los trabajadores de la UMF No.21 del IMSS, que afecta en mayor medida a las mujeres.

El uso y el abuso de alcohol, es daño referido, existe poca conciencia respecto al consumo excesivo, constituyéndose en una problemática detectada en esta comunidad trabajadora sobre todo asociado a las condiciones térmicas y a exigencias relacionadas con las cuotas de atención, el esfuerzo físico, el aislamiento y seguramente con el manejo del estrés laboral.

Otros daños mentales como el uso de sustancias, específicamente de tabaco y alcohol, Borges, (2003) revela tasas en los servicios de urgencias tres veces más altas que en la población en general, relacionados con el consumo de alcohol. Este autor también informa que la depresión, el alcoholismo y la adicción a las drogas legales están más asociados a los puestos de médicos psiquiatras y anestesistas, situación que prevalece en el presente estudio.

Respecto al consumo de alcohol, se observaron casos de abuso, información relevante en esta población ya que evidencia otras problemáticas que se manifiestan en la salud mental de estos trabajadores.

Medina-Mora, (1994), Mora-Ríos, (2001), Borges, (2003), Martínez, (2004), Orozco, (2005), Carreño, (2006) refieren en trabajadores del sector salud, como en otras poblaciones prevalencia en el abuso de alcohol con mayor incidencia en hombres, contrastando con la población general que presenta porcentajes menores.

Haciendo referencia a otras poblaciones de trabajadores, el abuso de alcohol es un trastorno presente haciéndose necesaria la implementación de programas preventivos y de intervención oportuna, además de continuar indagando la relación que puede tener la influencia del trabajo en el incremento de este tipo de padecimientos.

Margison, (1995) muestra también la presencia de trastornos psicosomáticos, trastornos psíquicos y fatiga relacionados con las exigencias derivadas de los procesos de trabajo, como aquellas relacionadas con el apremio de tiempo, condición referida también en la población estudiada y que por otra parte son problemáticas de salud que todavía en México no percibimos en los contextos laborales del sector salud como riesgosas.

Moreno-Jiménez, (1995) refiere que los trastornos psicosomáticos muestran una presencia importante en trabajadores del sector salud relacionados con su actividad laboral. Comparando estos resultados con la presente investigación, observamos que los trastornos psicosomáticos muestran una relación importante particularmente en el caso de la cefalea tensional, y migraña que agrupados representan una prevalencia importante en trabajadores de la salud, ya que este padecimiento afecta en mayor medida a las mujeres en comparación con los hombres, probablemente asociada con altos niveles de estrés laboral y escaso apoyo social, invitándonos también a profundizar en estudios que den cuenta de estos daños en la salud de la población de mujeres trabajadoras.

Los trastornos identificados en los trabajadores del sector servicios de salud, se relacionan con las nuevas formas de realizar el trabajo, en las que se han integrado otros recursos que anteriormente no existían, como el empleo de nuevos objetos y medios de trabajo, que no sólo afectan al hombre como anteriormente se pensaba, y que las actividades laborales no eran las causantes si no el propio estilo de vida del trabajador.

La incorporación de nuevas tecnologías en los modelos de atención a la salud, en las tendencias y directrices de las políticas neoliberales y la globalización, han originado una transformación sustancial en la forma en que los servicios de salud pública se proporcionan.

Trascendiendo también a las prácticas profesionales, incorporando nuevas funciones y procesos, que anteriormente no se efectuaban, como manipular computadoras o instrumentos médicos automatizados, asociados con exigencias cómo metas de atención, una supervisión estricta de la productividad y la calidad, como en los servicios prestados, situación que particularmente en los servicios públicos de salud, demandan mayor esfuerzo del profesional por el mismo sueldo.

Estas condiciones actuales en el sector salud se integran al modelo de la flexibilización laboral, como resultado de las políticas económicas vigentes en México; implican una transformación en la adaptación del trabajador asalariado profesional, a otras funciones no incorporadas en los procesos previos, que hoy por hoy se relacionan con el incremento de respuesta a demandas específicas que pretenden eficientar aparentemente, la capacidad del trabajador de estos servicios empleando tecnologías digitales, no presentes en los procesos tradicionales de su profesión, sobre todo en las labores de los médicos, enfermeras y asistentes.

Estas manifestaciones de la flexibilización en los procesos de trabajo en las Unidades de Medicina Familiar del IMSS, se ubican claramente con la integración de la computadora a los métodos de trabajo de los profesionales de la salud.

Los médicos, enfermeras y asistentes del primer nivel de atención a la salud del IMSS, han experimentado esta transición, sin embargo la adaptación de sistemas digitales de información en los procesos del trabajo, implicarían también la

adaptación de los espacios y condiciones físicas de los inmuebles, así como del mobiliario de consultorios y áreas de atención médica, que de no responder de manera adecuada a estas transformaciones impactarán de manera negativa tanto al proceso, como al perfil salud-enfermedad, originando nuevos riesgos y exigencias, que antes no se percibían en estos ámbitos de trabajo. Así mismo se originan resistencias en el personal, modificando la organización y la forma de percibir su profesión.

Por otra parte este nuevo orden modifica la relación médico-paciente, deteriorando las condiciones en que se ofrecen los servicios a los derechohabientes, que de antemano ya se encontraba afectado por la insuficiencia de personal, la pérdida de condiciones óptimas respecto a los contratos colectivos de trabajo, y la carencia de presupuesto económico para las instituciones públicas de salud, como en el caso del IMSS, ISSSTE y los sistemas de atención de la Secretaría de Salud.

Estas nuevas medidas implementadas por el IMSS, si bien tiene sus ventajas en los servicios de atención y el manejo de información oportuna, hacen más visibles las deficiencias de otros componentes del proceso de trabajo, como es el caso del mobiliario, sillas, escritorios, mesas de exploración, instrumentos quirúrgicos, consultorios, y otras condiciones físicas del ambiente laboral como la temperatura, la iluminación y el equipamiento de las unidades de medicina familiar, que si bien son adaptados a la nueva transformación tecnológica, no cumplen con las normas que en

materia de diseño ergonómico y de seguridad se recomiendan para el empleo de estos medios, como por ejemplo la computadora.

Todos estos factores se relacionan de manera importante con el surgimiento de daños a la salud, probablemente asociados con exigencias como: posiciones forzadas, trabajo repetitivo, uso excesivo de manos, brazos y hombros. Ya que una gran parte de la jornada los trabajadores permanecen sentados en sillas que no tienen condiciones ergonómicas, escritorios e instrumentos médicos deteriorados, originando mayor desgaste y el surgimiento de trastornos músculos esqueléticos, mentales, psicosomáticos y fatiga.

Otro aspecto sobresaliente está relacionado con el control que el trabajador de la salud puede tener sobre su trabajo, ya que los médicos, enfermeras y asistentes deben cubrir las demandas de atención de acuerdo a cómo lo designan las áreas administrativas, y la misma demanda, incrementado los niveles de estrés, ansiedad y despersonalización, como se observa en el síndrome de Burnout.

De esto se desprenden nuevos hallazgos, asociados a las condiciones de los procesos, es necesario continuar profundizando a través de estudios, que exploren alteraciones en las áreas cognitivas, emocionales y conductuales en estos trabajadores, las actividades constantes de registro de información en el expediente electrónico de cada paciente atendido, y la exigencia de mantener las funciones

mentales superiores como la atención, concentración, análisis y síntesis en uso constante terminan a mediano y largo plazo por originar fatiga crónica.

La comprensión de los efectos negativos que produce la inclusión de nuevas tecnologías en los procesos, se deben evaluar a nivel físico, mental y organizacional, y no sólo limitarnos a percepciones parciales sobre todo a daños físicos, en los que desempeñan sus actividades laborales en los servicios de salud del primer nivel de atención. Así como sensibilizar a las autoridades de las unidades médicas, en la creación de estrategias de innovación, mejorando las condiciones ergonómicas del mobiliario y las condiciones físicas de los espacios laborales, así como en el entrenamiento de técnicas de afrontamiento del distrés.

El consumo de tabaco se ubicó también como otro hallazgo sobresaliente, ya que se detectó uso, abuso o dependencia a esta sustancia, lo cual representa mayores riesgos a la salud del trabajador por lo que se requiere profundizar en estudios posteriores sobre este daño y crear espacios adecuados de atención.

Los trastornos del sueño, el abuso de alcohol, la migraña y la fatiga son daños a la salud también referidos, aunque con baja prevalencia, por lo que las formas de manejo del estrés son un recurso favorables para su empleo positivo. Otros trastornos entre estos la ansiedad, los psicosomáticos digestivos, la depresión y los psicosomáticos cardiovasculares se encontraron con una prevalencia baja, aunque también están relacionados con la exposición a exigencias.

Por lo tanto prevalecieron los trastornos músculo esquelético como un hallazgo sobresaliente, poco esperado, ya que algunas evidencias encontradas mostraban a los trastornos mentales como el Burnout como el principal problema a investigar, sin embargo será necesario continuar indagando en la población la presencia de daños físicos y mentales.

Finalmente es necesario continuar realizando mas investigaciones en población de trabajadores de los servicios públicos de salud, debido a la poca producción que hay en nuestro país particularmente explorando la presencia de los trastornos musculo esqueléticos y su relación con el surgimiento de trastornos psicosomáticos y el uso de tabaco y alcohol.

X CONCLUSIONES

El objetivo central de la presente investigación estuvo situada en identificar las características del proceso de trabajo, así como los riesgos y exigencias asociadas a trastornos músculo esqueléticos, mentales, psicosomáticos y fatiga en los trabajadores del primer nivel de atención a la salud en la UMF No.21 del IMSS.

Los principales hallazgos obtenidos muestran una alta participación de la población trabajadora de la muestra seleccionada ya que la mayoría contestó la encuesta, predominó la participación de mujeres. De acuerdo con la edad la mayoría de trabajadores se encuentran en edad madura y productiva.

Más de la mitad de los trabajadores cuentan con estudios profesionales y tenía pareja al momento del estudio, vivían hasta con 2 menores de 18 años, los sujetos encuestados refirieron realizar actividades domésticas, lo cual incrementa su carga de trabajo.

Respecto al área de trabajo medicina familiar aportó la mayoria de trabajadores al estudio, el turno matutino tuvo mayor participación. La población refirió haber tenido por lo menos una falta en los últimos 12 meses y el promedio de absentismo en días por motivos de salud fue de 3.6 con una DE=9.3. La mayoría de trabajadores se manifestó positivamente sobre el trabajo que realiza.

De los riesgos explorados encontramos principalmente a los contaminantes biológicos infecciosos, ya que por la naturaleza de las actividades que desempeñan y por el contacto con pacientes enfermos la exposición sea alta, así como en la falta de ventilación.

Se identificaron exigencias de carácter ergonómico, las más importantes fueron: trabajar sentado, utilizar un asiento sin respaldo o incómodo, una superficie de trabajo incómoda y aquellas relacionadas con posiciones incómodas o forzadas.

Otro grupo importante de exigencias se relacionan con el trabajo aburrido y repetitivo, así como con el uso de equipo médico y permanecer fijo en su lugar de trabajo. El principal hallazgo identificado indica que los trastornos músculo esqueléticos presentan la prevalencia, seguido del tabaquismo, la cefalea tensional. El resto de trastornos presentó tasas menores.

Respecto al análisis bivariado y la exposición a riesgos y exigencias por género, encontramos diferencias estadísticamente significativas en el grupo de mujeres en riesgos como: poca iluminación, y el frío, así como con exigencias derivadas del trabajo que se repite entre medio minuto y cinco minutos, con porcentajes de exposición mayores, para ellas.

Se encontró una tendencia de mayor exposición en los hombres en comparación con las mujeres en exigencias como: usar instrumentos manuales de tipo quirúrgicos o

de exploración física, no poder desatender su tarea por más de 5 minutos, estar sin comunicación con sus compañeros y realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso.

Las exigencias por área mostraron que medicina familiar presenta una exposición mayor que las otras 2 áreas, con múltiples asociaciones estadísticas. La exposición a exigencias en el puesto indicaron que los médicos en comparación con las enfermeras muestran diferencias estadísticamente significativas, todas relacionadas con el trabajo de atención a pacientes y metas, no desatender su función, estar concentrado y manipular instrumentos de exploración física y computadoras, además de que el mobiliario no es adecuado para realizar sus funciones.

Un número menor de diferencias estadísticamente significativas entre médicos y asistentes en algunas exigencias como: su trabajo le puede ocasionar algún daño a su salud. Las exigencias restantes también son de carácter ergonómico entre estos 2 puestos y de falta de claridad en la recepción de órdenes por parte de su superior.

El trabajo de la enfermera en comparación con el de la asistente la ubica en un estado de mayor exposición a exigencias, encontramos por género un perfil patológico con tasas generales un poco más alta para las mujeres, en comparación con los hombres. Identificamos sólo una diferencia marginal entre ambos grupos, con prevalencia mayor de migraña en las mujeres comparativamente con los hombres.

Respecto al estado civil se registró una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de trabajadores qué tienen pareja en comparación con los que no tienen pareja, los primeros presentan mayor prevalencia de fatiga patológica y mayor riesgo de experimentar ansiedad hasta 4 veces más que el grupo sin pareja, así mismo se observó una razón de prevalencia mayor a 1 en el grupo con pareja en trastornos como: cefalea tensional, abuso de alcohol y migraña.

Los trabajadores con estudios profesionales mostraron diferencias estadísticamente significativas con el grupo que no tiene estudios profesionales. Respecto al análisis epidemiológico llama la atención la depresión y los trastornos psicosomáticos cardiocirculatorios, así como la ansiedad y la fatiga patológica que se presentan con mayor riesgo en el grupo de trabajadores sin estudios profesionales.

El turno y su relación con el perfil patológico, muestra mayor prevalencia de trastornos del sueño, ansiedad y trastornos psicosomáticos cardiovasculares en los trabajadores del turno vespertino, siendo las diferencias estadísticamente significativas. En el turno matutino hay una mayor presencia de trastornos como: cefalea tensional y migraña, con diferencias significativas estadísticamente, los trabajadores que laboran por la tarde presentan una tasa de prevalencia mayor que los del turno matutino.

En el análisis por puesto el grupo más afectado fue el de las asistentes médicas en trastornos psicosomáticos digestivos, ansiedad y migraña. La presencia de trastornos

psicosomáticos digestivos en el área de urgencias, en comparación con los otros dos estratos de esta variable y hasta 8 veces más con el área de medicina preventiva, donde no se presentó ningún caso. El tabaquismo se asoció con el puesto de enfermeras.

El análisis entre los grupos de trabajadores expuestos y no expuestos a riesgos y exigencias evidenciaron a los trastornos músculo esqueléticos, como el principal trastorno asociado a condiciones derivadas de la organización del trabajo, principalmente de tipo ergonómico.

Estos trabajadores de la salud están expuestos a múltiples exigencias y carecen de habilidades de afrontamiento positivo del distrés y la ansiedad constituyéndose estos en factores de riesgo para experimentar daños en su salud.

Otros trastornos como la cefalea tensional y la migraña presentaron relación con los riesgos, observándose una asociación estadísticamente significativa con la migraña, específicamente en la exposición a contaminantes Biológicos (virus, bacterias, hongos) lo que nos parece indicar que la exposición a éste tipo de riesgo eleva los niveles de distrés y ansiedad generando a largo plazo estos trastornos.

El estar fijo en su lugar de trabajo, no poder desatender su tarea por más de 5 minutos, soportar una supervisión estricta, cubrir una cuota de atención a pacientes son las 4 exigencias que muestran diferencias estadísticamente significativas entre

los grupos. Con relación a la cefalea tensional, en comparación con los (NE) a exigencias.

Podemos inferir que las actividades fijas, de atención, concentración, calidad y metas elevan los niveles de distrés, originando fuertes dolores de cabeza entre los trabajadores expuestos a estas exigencias.

La migraña muestra diferencias estadísticamente significativas entre los grupos expuestos a exigencias como: realizar un trabajo aburrido, un estricto control de calidad y soportar una supervisión estricta, 3 veces más respectivamente, situación que originan ansiedad, distrés y a largo plazo migraña como respuesta psicosomática de afrontamiento indirecto.

Las exigencias referidas que presentaron diferencias estadísticas entre los grupos con la fatiga fueron: trabajar en un espacio reducido, cubrir una cuota de atención a pacientes, al realizar el trabajo sus hombros están tensos y un trabajo que obliga a torcer o tensionar las muñecas, así como realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones y soportar una supervisión estricta; con (R.P) que van de 6 veces más hasta 3 veces más en comparación con el grupo (NE)

Estos resultados indican que la exposición a exigencias de carácter ergonómico, de trabajo repetitivo, de supervisión y metas de trabajo, así como el aislamiento influyen directamente en el surgimiento de trastornos músculo esqueléticos, tabaquismo,

cefalea tensional y abuso de alcohol en esta población de trabajadores, advirtiendo la necesidad de tomar medidas preventivas y de revisión del proceso de trabajo sobre todo en la exposición a exigencias y el uso de los medios y objetos de trabajo.

XI RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos nos parece conveniente hacer las siguientes recomendaciones:

1. Efectuar estudios complementarios relacionados con los trastornos músculo esqueléticos específicos y lumbalgia, los riesgos y exigencias relacionados al trabajo y continuar profundizando en el campo de la salud de los trabajadores de este sector en México.

2. Realizar una evaluación ergonómica de los puesto de trabajo, las condiciones de iluminación, ambiente térmico, condiciones de seguridad e higiene y valorar las condiciones de espacio físicos, en los consultorios particularmente de los médicos y el área de medicina familiar.

3. Llevar al cabo un estudio de verificación de las condiciones de seguridad e higiene y de la salud de todos los trabajadores de la unidad de trabajo a fin de contar con un censo de salud en esa población de trabajadores.

4. Realizar acciones preventivas relacionadas con la salud física y mental en las mujeres respecto a trastornos relacionados con los padecimientos musculares y esqueléticos, el tabaquismo, la cefalea tensional y la migraña, a través de pláticas informativas sobre factores de riesgo y protección, así como programas de detección temprana y atención oportuna.

5. En los hombres es necesario implementar acciones preventivas en trastornos músculo esqueléticos, abuso de alcohol, depresión, trastornos del sueño y psicosomáticos digestivos, a través de programas de detección temprana.

6. Como el consumo de tabaco y alcohol pueden estar relacionando con una inadecuada forma de afrontamiento del estrés laboral, es necesario generar espacios de tratamiento para trabajadores fumadores o abusadores del alcohol que deseen abandonar su uso.

7. Informar a la población de trabajadores sobre los daños que genera el uso del tabaco y el alcohol a fin de evitar daños más serios, ya que la mayoría de la población es mayor de 46 años y esto puede aumentar el riesgo de experimentar trastornos en comorbilidad y aumentar daños más serios a su salud como infartos, diabetes, fatiga patológica o depresión.

8. Respecto a la presencia de la cefalea tensional en los trabajadores se les sugiere implementar espacios de información dirigido a los trabajadores sobre estrategias de afrontamiento de exigencias de trabajo y manejo del estrés, ya que parece que los propios procesos y la organización del trabajo influyen en el surgimiento de éstas y daños psicosomáticos como los dolores de cabeza, el abuso del alcohol y el tabaquismo.

9. Generar en el trabajador de la salud una cultura corresponsable del cuidado de la salud en su integridad, al interior de los procesos de trabajo, con el manejo de los medios y objeto de trabajo, así como con la organización del mismo.

10. Establecer programas preventivos dirigidos a los trabajadores para evitar el surgimiento de lesiones musculares o esqueléticas que se puedan derivar del uso de los objetos y medios de trabajo, sobre todo en las enfermeras y los médicos.

11. Efectuar cursos de capacitación en habilidades ergonómicas en el puesto de trabajo, a fin de evitar daños a la salud por la forma en que realiza el trabajo repetitivo, las posiciones forzadas, el uso del instrumental médico, y el movimiento repetido de miembros como brazos y manos en todos los puestos.

12. Implementar espacios de capacitación que promuevan una cultura laboral saludable y de calidad en la atención de los servicios, a través de espacios de capacitación, cursos, talleres y conferencias incluyendo temáticas que prevengan los trastornos identificados.

13. Operar los espacios preventivos de autocuidado y salud de los trabajadores a través del programa institucional PREVENIMSS.

14. Establecer vínculos con Universidades y Centros de investigación dedicados a la salud de los trabajadores, con objeto de continuar realizando nuevos estudios que incluyan a toda la población de trabajadores en esta unidad de atención.

15. Involucrar a los trabajadores en el diseño de programas de mejora continua de la unidad, así como a las autoridades, áreas normativas, administrativas, operativas y sindicales a fin de integrar estrategias conjuntas, donde participen de forma activa todos los involucrados.

16. Emplear y reconocer la información de la presente investigación a fin de que sea útil para mejorar las condiciones de salud de los trabajadores en proyectos futuros de mejora continua.

17. Reconocer y promover el apoyo social de compañeros, jefes, así como estímulos a los trabajadores destacando la importante labor social que realizan, para que coadyuve en el reconocimiento laboral de los trabajadores de la salud y se reivindique a la vez la imagen institucional del IMSS.

18. Finalmente es importante recalcar la importancia de la participación de los trabajadores en este tipo de estudios que tienen como finalidad mejorar sus condiciones de trabajo y de salud.

BIBLIOGRAFÍA.

-Alvear, G., Villegas, J. (1989). *Los riesgos y sus efectos en la salud. En defensa de la salud en el trabajo.* México: SITUAM, pp.35-54.

-Apud, E., Meyer, F. (2003). *La importancia de la ergonomía para los profesionales de la salud: Cienc. Enferm. [online].* Jun.2003, Vol.9, No.1 [citado 17 de Julio 2006] p.15-20 disponible en la Word Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50717-95532003000100003 8&lng_es

-Borges, G., Mondragón, L., Cherpitel, Y., Rosovsky, H. (2003). El Consumo de bebidas alcohólicas y los Servicios de Urgencias. *Revista Salud Mental*, (Vol. 26), No. 5, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México

-Breilh, J. (1982). Bases para un replanteamiento del método epidemiológico: *Enseñanzas y usos de la epidemiología,* 89-102.

-Breilh, J. (1996). Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. *Revista Salud Problema.* (No. 23), 47-75.

-Carreño, S., Medina-mora, M., Martínez, N., Juárez, F., Vázquez, L. (2006) Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil Mexicana. *Revista Salud Mental*, (Vol. 29, No.4),

-Castillo, M. (1996). Las deterioradas condiciones en que realizan su trabajo las enfermeras y médicos del IMSS: una grave consecuencia de las transformaciones institucionales en la década 1982-1992. *Revista salud problema*, (No. 26), 21-39.

-De la fuente, R. (2002). *Psicología Médica,* (7ª. Reimpresión). México: FCE

-De la Garza, E., Arteaga, A., Herrera, F., Melgoza, J., Y Torres, J. (2000). *Organización del trabajo 1. La polémica teórica, Modelos de industrialización en México.* México: UAM-I.

-Escribá, A., Más, P., Flores, R. (2001). Validación del Job Content questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 2(15), 142-149.

-Ey Henri, P., Bernard, B. (1999). *Tratado de Psiquiatría*. (pp. 396-405). Barcelona: Masson.

-Garcia, A. (2004). Aspectos éticos en la investigación. http://degi.rrp.upr.edu

-González, J., & Ramón E. (2004). Síndrome de Burnout en médicos residentes y médicos internos de pregrado" en la UMF No.32 del IMSS Guadalupe, Monterrey, Nuevo León. *VIII Reunión Delegacional de Investigación Médica,* (No. 4).

-Gutiérrez, G. (1998). *Trastornos psíquicos del personal de salud femenino y su relación con condiciones de vida y de trabajo.* (UAM-X). México.

-Gutiérrez, T. (2004). Detección del síndrome de Burnout en personal de enfermería del Instituto Nacional de Cancerología asociado a variables sociodemográficas, laborales, recursos institucionales, exigencias derivadas de la organización del trabajo y rasgos de personalidad. *Tesis de Maestría.* UAM-X. México.

-Gutiérrez, T., Martínez, S. (2006). Burnout en Enfermeras Oncológicas Mexicanas. *Revista Salud de los Trabajadores*, (14).

-Hales, R., Yudofsky, C., & Talbott, A. (1996). *DSM-IV The American Psychiatric Press.* USA: Masson.

-Hernández, R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública,* 29(2), 103-110.

-Hurrel, J., (1998). Trabajo y Salud Mental. *Enciclopedia de salud y seguridad ocupacional.* (Capitulo 5, pp. 5.1-5.23.). Madrid: OIT.

-Kaplan, H. & Sadock, B. (1996). *Manual de Psiquiatría de Urgencias*. (pp.126-134). Buenos Aires, Argentina: Panamericana

-Karasek, R. Theorell, T. (1990). Healthy Work. Stress, productivity and reconstruction of working life. Nueva York. Basic Books.

-Lara, P., Díaz, D., Cabrera, H., & Silveira, E. (2001). Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería,* 2(17).

-Laurell, C. (1998). El banco Mundial en la reforma de los servicios médico del IMSS. *Revista Salud Problema*, 3(4).

-Laurell, C., & Márquez, M. (1985). *El desgaste obrero en México*. México: Era.

-Laurell, C., & Noriega, M. (1989). *La Salud en la Fábrica. Estudio sobre la Industria Siderúrgica en México*. México: Era.

-Laurell, C., Martínez, S., Noriega, M., Ríos, V., & Villegas, J. (1993). Las exigencias del trabajo en una industria mexicana y sus efectos en la salud mental. La relación entre las condiciones objetivas de exposición y la opinión de los trabajadores. *Revista Salud Problema y Debate*, (9).

-Legorreta, N. (2003). *Enfermeras del Instituto Estatal de Cancerología Arturo Beltrán Ortega*. Tesis, Acapulco Guerrero.

-Levi, L. (1998). Trabajo y Salud Mental. *Enciclopedia de salud y seguridad ocupacional*. (Capitulo 5, pp. 5.1-5.23.). Madrid: OIT.

-Martínez, L., Medina, M., & Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Revista Salud Mental*, 6(27), INP.

-Martínez, S. (1997). *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. (23). México: UAM-X, Serie Académicos.

-Martínez, S. (2000). Proceso de Trabajo y Salud Mental. Área Medular de la Psicología del Trabajo. *Revista Salud Problema*. 73-79.

-Marx, C. (1987). *El Capital*. (1). (10ª. Edición, pp. 215-226). México: Siglo XXI.

-Maslach, C. & Jackson, S. e. (1982). Burnout en profesiones de la salud: un análisis psicológico social. En Suls de la g. Sanders & j. (eds.), psicología social de la salud y la enfermedad, (págs. 227-251). Hillsdale: LEA.

-Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior, 5(9):* 16-22. Hillsdale: LEA.

-Mendes goncalves, R.B. (1984). Medicina e Historia: Raíces sociales del trabajo Médico. México: Siglo XXI.

-Méndez, J. (2004). Estrés laboral o síndrome de burnout. *Actas pediátricas de México.* 5(25), 299-302.

-Molina, J. (1996). Triples cargas laboral del personal de enfermería. Disponible en la Word Wide Web:http://www.monografias.com/trabajos15/triple-carga-laboral/triple-carga-laboral.shtml

-Molina, S., & Raúl, E. (2000). La Modernización de los servicios de salud. El caso del IMSS. *Revista Salud Problema.* (26), 5-20.

-Mora-Ríos, J., & Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Revista Salud Pública de México*, 2(43).

-Moreno-Jiménez, B. (1995) Seguridad e Higiene en el Trabajo. Psicopatologías laborales. Madrid: Teoría y Psicología de las organizaciones. MAP

-Murphy, L., (1998). Trabajo y Salud Mental. *Enciclopedia de salud y seguridad ocupacional.* (Capitulo 5, pp. 5.1-5.23.). Madrid: OIT.

-Noriega, M. (1989). "El trabajo, sus riesgos y la salud". En defensa de la salud en el trabajo. México, SITUAM. 5-12.

-Noriega, M., Franco, J., Martínez, S., Villegas, J., Gutierrez, G., & López, J. (2001). *Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores.* (34) México: UAM-X, Serie Académicos. CBS.

-Noriega, M., Gutiérrez, G., Méndez, I., & Pulido, M. (2004). Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Revista de Saude Pública.* 20(5), 1361-1372.

-Noriega, M., Laurell, C., Martínez, S., Méndez, I., & Villegas, J. (2000). Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. *Cad. Saude Pública*, (16).

-Organización Internacional del Trabajo (2000). Capitulo 5. Salud Mental y Capitulo 34. Factores Psicosociales y de Organización, OIT, *Enciclopedia Salud y Seguridad en el trabajo.* (5.1-5.23 y 34.67-34.87). España.

-Organización Mundial de la Salud (1998). Fortalecimiento de la salud mental. Resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS, Ginebra, EB109.R8.

-Orozco, R., Borges, G., Mondragón, L., & Zuraya, N. (2005). El lugar donde ocurren las lesiones y su relación con el uso de alcohol. Estudio en sala de urgencias. *Revista Salud Mental*, (28)

-Pirkola, S., Isometsa, E., Suvisaari, J., Aro, H., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lonnquist, Jouko. (2005). DSM-IV mood-anxiety and alcohol use disorder and their comorbidity general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (1).

-Programas Integrados de Salud. (2002). Proyecto Estratégico 2001-2003. Síntesis ejecutiva, *Dirección de prestaciones médicas. IMSS.*

-Rivera, M., Jaime, S. (2004). *Síndrome del desgaste profesional en médicos de primer nivel de atención del IMSS.* México: Tesis de especialidad en Medicina Familiar. UNAM.

-Rodríguez, J. (2000). *Condiciones de trabajo y perfil de salud del personal masculino de enfermería en el servicio de atención ambulatoria de emergencias.* Argentina: Barquisimeto.

-Rojas, E. (1996). *La Ansiedad.* (pp. 51-91). España: Temas de Hoy.

-Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*. 29(2), 103-110.

-Sansores, R., Villalba-Caloca, J., Herrera-Kiengelher, L., Soriano-rodríguez, A., & Ramírez, A. (1999). Prevalencia de Tabaquismo en los trabajadores de los institutos nacionales de salud en México. *Revista Salud Pública de México*, (41). 381-388.

-Sauter, S., (1998). Trabajo y Salud Mental. *Enciclopedia de salud y seguridad ocupacional.* (Capitulo 5, pp. 5.1-5.23.). Madrid: OIT.

-Stellman, J., & Daum, S. (1986). *El estrés*. México: Siglo XXI. 89-104.

-Suominen, K., Henriksson, M., Isometsa, E., Yeates, C., Heila, H., & Jouko, L. (2003). Nursing home suicides a psychological autopsy study. *International journal of geriatric psychiatry.* 18 (12).

-Tamez, G., & Martínez, S. (1993). Uso de computadoras personales y daño a la salud en trabajadores de un diario informativo. *Revista Salud Pública*. (35) 177-185.

-Tamez, S., Ortiz, L., Martínez, S., & Méndez, I. (2003). Riesgos y Daños a la Salud Derivados del uso de Videoterminal. *Revista Salud Pública*, (45)3.

-Tapia, R. (2001). *Las adicciones dimensiones, impacto y perspectivas.* (2ª. Edición, pp. 157-167). México: Manual Moderno.

-Vernaza, P., & Sierra-Torres, C. (2005). Dolor Músculo-esquelético y su asociación con factores de riesgo Ergonómicos, en Trabajadores Administrativos. *Revista salud Pública*, (3)

-Wilhelm, K., Kovess, V., Ríos-Seidel, C., & Finch, A. (2004). Work and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (39).

-www.cepis.ops-oms.org/bvsast/e/home.htm

-Zaldúa, G., Lodieu, M., & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudios del síndrome de Burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.* 19 (4).

ANEXOS

ENCUESTA INDIVIDUAL
SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LA UMF No.21 DEL IMSS

1. Se requiere de su participación voluntaria para contestar el siguiente cuestionario. Trata de las condiciones de vida y de trabajo así como las repercusiones en su salud, la información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizará sólo con fines de investigación científica, no se le dará a conocer a ninguna persona.

2. Es muy importante contestar con veracidad y precisión cada pregunta, porque eso va a permitir conocer los problemas más frecuentes en su salud y en la de los(as) demás trabajadores(as) y así generar propuestas para mejorar sus condiciones de trabajo y de salud.

3. Este cuestionario no es una prueba de inteligencia ni de habilidades y tampoco es un examen de conocimientos, así es que no hay respuestas buenas o malas.

4. No escriba en las casillas del margen derecho cuando así se indique en la encuesta.
   Conteste sobre los renglones.

5. Si tiene alguna duda puede consultar con él(la) encuestador(a), al término de la investigación se darán a conocer los resultados.

6. Este tipo de investigación no pone en riesgo su integridad física y mental.

_____

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Si él (la) trabajador(a) no sabe leer y escribir, un(a) compañero(a) podrá aplicarle la encuesta.

ENCUESTA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Nombre del trabajador _____

NO INVADA ESTE ESPACIO

Número de encuesta _____

I. DATOS GENERALES

1. Clave del encuestador _____ 1

2. Fecha en que se llena la encuesta _____ 2
   Día/Mes/Año

   Día Mes Año

3. Momento de aplicación de la encuesta: 3

   1. Antes de la jornada _____
   2. Durante la jornada _____
   3. Después de la jornada _____
   4. En día de descanso _____

4. Número del(la) trabajador(a) _____ 4

5. Edad (en años cumplidos) _____ 5

6. Sexo 6

   1. Masculino _____
   2. Femenino _____

II. CALIDAD DE VIDA Y TRABAJO DOMÉSTICO

NO INVADA ESTE ESPACIO

1. Marque con una **X** cuál es su nivel de escolaridad 1

1. No estudió _____
2. Primaria incompleta _____
3. Primaria completa _____
4. Secundaria incompleta _____
5. Secundaria completa _____
6. Preparatoria incompleta _____
7. Preparatoria completa _____
8. Carrera Técnica _____
9. Licenciatura o posgrado _____

2. Marque con una **X** cuál es su estado civil actual 2

1. Soltero (a) _____
2. Casado (a) _____
3. Unión libre _____
4. Divorciado (a) _____
5. Viudo (a) _____

3. ¿Tiene usted hijos? 3

En caso de que no tenga hijo pase a la pregunta 6

1. SÍ _____
2. NO _____

4. ¿Cuántos menores de 18 años (hijos u otros) viven con usted?_____ 4

Sólo si viven con usted

5. ¿Cuántos menores de 5 años (hijos u otros) viven con usted? _____ 5

De la siguiente lista de actividades marque **SÍ** en aquellas tareas donde **USTED** es la persona que **REGULARMENTE** las lleva a cabo. Si las hace ocasionalmente o no las hace conteste **NO**.

ACTIVIDADES	SÍ	NO	
6. Sacudir, barrer, trapear, hacer camas			6
7. Lavar y planchar la ropa			7
8. Preparar la comida			8
9. Lavar los trastes y limpiar la cocina			9
10. Hacer las compras			10
11. Coser, remendar, zurcir, tejer			11
12. Cuidar a los hijos: comida, tareas (si tiene hijos)			12
13. Realizar trámites relacionados con la casa y la familia			13
14. Realizar arreglos en la casa			14

Marque con una X para cada pregunta una sola opción	SÍ	NO	
15. ¿El salario que percibe le alcanza para cubrir sus gastos más necesarios?			15
16. ¿Usted cuenta con otro trabajo para el sostenimiento de su hogar?			16
17. ¿Para el sostenimiento del hogar hay otras entradas económicas en su casa? (**Si la respuesta es NO pase a la pregunta 19**)			17

NO INVADA ESTE ESPACIO

18. Marque con una **X** quién o quiénes, además de usted, aportan dinero para el hogar (**puede marcar más de una respuesta**) 18 ☐

    1. Pareja _____
    2. Hijos(as) _____
    3. Otro familiar _____
    4. Toda la familia _____
    5. Otro (especifique) _____

19. Su vivienda es: 19 ☐

    1. De su propiedad _____
    2. Alquilada o rentada _____
    3. Prestada _____
    4. Otra (especifique) _____

NO INVADA ESTE ESPACIO

20. Las condiciones actuales de su vivienda con relación a los últimos años son: 20

1. Mejores _____
2. Iguales _____
3. Peores _____

21. ¿Su vivienda cuenta con agua entubada? 21

1. Sí _____
2. No _____

22. ¿Su vivienda cuenta con drenaje? 22

1. Sí _____
2. No _____

23. ¿Cuántas personas viven en la casa? _____ 23

24. ¿Cuántos dormitorios tiene la casa? _____ 24

25. ¿Cuál es el medio de transporte que usa **con mayor frecuencia**? 25

Camión, microbús o un transporte similar _____
Taxi _____
Auto o motocicleta particular _____
Bicicleta _____
Se transporta caminando _____

26. ¿Cuánto tiempo tarda en transportarse de su casa al trabajo? 26

1. Menos de 30 minutos _____
2. De 30 a 60 minutos _____
3. Más de 60 minutos _____

27. ¿Cuántas horas en promedio duerme en la noche? _____ 27

Marque con una X una sola opción para cada pregunta	SÍ	NO	
28. ¿Estudia con regularidad (más de 5 horas, en promedio, a la semana)?			28
29. ¿Practica regularmente algún deporte o hace ejercicio (tres o más veces a la semana, en promedio?			29
30. ¿Se junta frecuentemente con amigos(as)?			30
31. ¿Sale a pasear frecuentemente con su pareja, sus hijos o algún familiar o amigo?			31
32. ¿Lee diariamente el periódico, revistas o libros?			32
33. ¿Realiza actividades comunitarias, políticas o de servicio?			33
34. ¿Ve televisión la mayor parte del tiempo libre?			34

	SÍ	NO	
35. ¿Fuma cigarrillos actualmente? **(Si contestó SÍ pase a la 37)**			35
36. ¿Fumó cigarrillos en alguna época de su vida? **(Si contestó que NO pase a la pregunta 1 de Condiciones y Valoración del Trabajo)**			36

NO INVADA ESTE ESPACIO

37. ¿Cuántos años ha fumado o fumó? _____ 37

38. ¿En promedio cuántos cigarrillos fuma o fumó al día? _____ 38

III. CONDICIONES Y VALORACIÓN DEL TRABAJO

1. Área o servicio donde trabaja _____ 1
2. Puesto que ocupa actualmente _____ 2
3. Turno en que labora actualmente _____ 3
4. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la clínica? (en años cumplidos) ___ **(si es menos de un año ponga 0)** 4
5. ¿Cuánto tiempo lleva en su puesto actual? (en años cumplidos) _____ **(si es menos de un año ponga 0)** 5
6. ¿Cuánto tiempo lleva desarrollando esta actividad en ésta y otras instituciones de salud? **(si es menos de un año ponga 0)** _____ 6

NO INVADA ESTE ESPACIO

7. El contrato que tiene en la empresa es: 7 ☐

   1. Eventual o temporal _____
   2. De base o de planta _____
   3. Por honorarios _____

8. Usted es actualmente trabajador de: 8 ☐

   1. Confianza _____
   2. Sindicalizado _____

(Marque con una X una sola opción en cada pregunta)	SÍ	NO	
9. ¿Le gustaría que sus hijos(as) trabajaran en lo mismo que usted?			9
10. ¿Le da satisfacción la realización de sus actividades?			10
11. ¿Está interesado(a) en su trabajo?			11
12. ¿Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destrezas?			12
13. ¿Su trabajo le permite desarrollar su creatividad e iniciativa?			13
14. ¿Su trabajo le permite el aprendizaje de nuevos conocimientos?			14
15. ¿Puede usted decidir sobre cómo realizar su trabajo?			15
16. ¿Puede usted fijar el ritmo de trabajo?			16
17. ¿Sus compañeros(as) son solidarios(as) con usted y valoran su trabajo?			17
18. ¿Su trabajo es importante para sus jefes(as)?			18

NO INVADA ESTE ESPACIO

19. ¿Faltó al trabajo en los últimos 12 meses? 19 ☐

   1. SÍ _____
   2. NO _____

(Si contestó que NO pase a la pregunta 1 de Riesgos y Exigencias Laborales)

20. ¿En cuántas **ocasiones distintas** faltó al trabajo en los últimos 12 meses (independientemente de cuántos días hayan sido en cada ocasión)? _____ 20 ☐
21. ¿Cuántas de estas **ocasiones** fue por motivos de salud? _____ 21 ☐
22. ¿Cuántos **días** del año en total faltó por motivos de salud? _____ 22 ☐☐☐

IV. RIESGOS Y EXIGENCIAS LABORALES

A continuación conteste **SÍ** sólo cuando esté **excesiva o constantemente** expuesto(a) a alguna de las causas que se mencionan. Por ejemplo, si está expuesto(a) a calor en cierta parte de la jornada, pero no es muy frecuente, ni es muy fuerte deberá contestar que **NO**, ya que interesa conocer si la exposición es constante o excesiva.

La numeración no es continua debido a que es una selección del instrumento original.

En su puesto de trabajo está expuesto(a) de manera excesiva o constante a:	**SÍ**	**NO**	
1. Calor			1
2. Frío			2
3. Cambios bruscos de temperatura			3
4. Falta de ventilación			4
6. Poca iluminación			6
8. Ruido			8

En el lugar donde trabaja está usted constantemente en contacto con:	**SÍ**	**NO**	
13. Contaminantes biológicos infecciosos (virus, bacterias, hongos)			13

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:	**SÍ**	**NO**	
34. Una jornada semanal mayor de 48 horas			34
35. Realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones			35
36. Rotación de turnos			36
37. Trabajo nocturno			37

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:	**SÍ**	**NO**	
38. No poder desatender su tarea por más de 5 minutos			38
39. Mucha concentración para no accidentarse			39
41. Un trabajo repetitivo (**si contestó que NO pase a la pregunta 22**)			41
42. El conjunto de tareas que realiza **se repite** por lo menos cada medio minuto			42
43. El conjunto de tareas que realiza **se repite** por lo menos entre medio minuto y cinco minutos			43
44. Cubrir una cuota de atención a pacientes			44
45. Realizar un trabajo en horas extras			45
46. Soportar una supervisión estricta			46
47. Un estricto control de calidad			47

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:	SÍ	NO	
48. Estar sin comunicación con sus compañeros			48
49. Trabajar en un espacio reducido			49
50. Estar fijo en su lugar de trabajo			50
51. Realizar un trabajo aburrido			51
52. Ejecutar un trabajo peligroso			52
53. Ejecutar un trabajo denigrante			53
54. Recibir órdenes confusas o poco claras de su jefe(a)			54
55. Realizar un trabajo que le puede ocasionar algún daño a su salud			55

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:	SÍ	NO	
56. Realizar esfuerzo físico muy pesado			56

Las siguientes preguntas se refieren a una actividad física constante. Sólo conteste que **SÍ**, si lo que se pregunta lo lleva a cabo por **2 o más horas seguidas durante la jornada.**

Su puesto de trabajo lo obliga a realizar movimientos que requieren fuerza con alguna de las siguientes partes del cuerpo:	SÍ	NO	
57. Hombros, brazos o manos			57
58. Espalda o cintura			58
59. Piernas			59

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:	SÍ	NO	
67. Usar instrumentos manuales como quirúrgicos, o de exploración física			67

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:	SÍ	NO	
69. Adoptar posiciones incómodas o forzadas			69

Las siguientes preguntas se refieren a las posiciones que usted debe adoptar para trabajar. Sólo conteste que **SÍ** si lo que se pregunta lo lleva a cabo por **2 o más horas seguidas durante la jornada.**

	SÍ	NO	
70. ¿Realiza movimientos con los brazos por encima o por detrás de los hombros?			70
71. ¿Para realizar su trabajo usted requiere estar encorvado?			71
72. ¿El trabajo incluye movimientos repetitivos de las manos o tiene que abrir excesivamente los dedos o torcerlos?			72

73. ¿Realiza movimientos de rotación de la cintura?			73
74. ¿Al realizar su trabajo los hombros están tensos?			74
75. ¿Tiene que torcer o mantener tensa la o las muñecas para trabajar?			75
79. ¿Utiliza un asiento sin respaldo o es incómodo?			79
81. ¿Permanece de pie para trabajar?			81
82. ¿Para trabajar permanece sentado(a)? (**si contesto NO, pase a la pregunta 33 de daños a la salud**)			82
83. ¿La superficie donde se sienta es incómoda?			83
84. ¿Al estar sentado no es posible apoyar los pies en algún peldaño?			84

V. DAÑOS A LA SALUD

La mayoría de las preguntas que siguen (exceptuando las que se aclaran expresamente) se refieren a las molestias, enfermedades y accidentes que ha padecido usted **DURANTE EL ÚLTIMO AÑO**, o sea, los últimos doce meses:

	SÍ	NO	
33. ¿Se siente a menudo triste o infeliz?			33
34. ¿Frecuentemente desea morirse?			34
35. ¿Le daría mucho miedo quedarse sin trabajo?			35
36. ¿El futuro le parece incierto o sin esperanza?			36
37. ¿Es usted indiferente ante situaciones violentas?			37
38. ¿En las reuniones le es difícil entablar conversación?			38
39. ¿Desearía desentenderse de los problemas que le aquejan?			39
40. ¿Se considera usted nervioso(a)?			40
41. ¿Tiene miedo sin motivo?			41
42. ¿Le cuesta trabajo dormirse o permanecer dormido(a)?			42
43. ¿Se preocupa demasiado por contrariedades insignificantes?			43
44. ¿Se siente con frecuencia preocupado(a)?			44
45. ¿Ha tenido alguna vez un padecimiento nervioso?			45
46. ¿Ha estado usted anteriormente hospitalizado(a) en alguna institución para enfermos mentales o nerviosos?			46
47. ¿Frecuentemente tiene dificultad para conciliar el sueño?			47
48. ¿Con frecuencia tiene sueño intranquilo?			48
49. ¿Se despierta pocas horas después de haberse dormido y ya no se puede volver a dormir?			49
50. ¿Ha tenido dolor de cabeza más de dos veces por mes? (**si contestó que NO pase a la pregunta 56**)			50
51. ¿El dolor de cabeza se presenta cuando está nervioso(a) o irritable?			51
52. ¿El dolor de cabeza es tan fuerte que le impide trabajar?			52
53. ¿Está acompañado de náusea o vómito, mareo o visión borrosa?			53
54. ¿Antes de que aparezca el dolor tiene sensaciones que le avisan que va a aparecer?			54

55. ¿El dolor se presenta sólo en un lado de la cabeza?			55
56. ¿Se sofoca usted con pequeños esfuerzos?			56
57. ¿Tiene a menudo molestias en el corazón o en el pecho?			57
58. ¿A veces siente que se le quiere salir el corazón?			58
59. ¿Frecuentemente le es difícil respirar?			59
60. ¿Padece usted de palpitaciones frecuentemente, sin ninguna razón aparente?			60
61. ¿Tiene mal apetito?			61
62. ¿Sufre constantemente de estreñimiento o diarrea?			62
63. ¿Muy a menudo siente usted el estómago revuelto?			63
64. ¿Padece frecuentemente de náuseas o vómitos?			64
65. ¿Sufre de indigestión a menudo?			65
66.¿Frecuentemente tiene dolores de estómago o enfermedades del mismo?			66
67. ¿Trabajan mal su estómago y sus intestinos?			67
68. ¿Cuando acaba de comer, siente tan fuertes dolores de estómago que le hacen doblarse?			68
69. ¿Usualmente tiene dificultades en su digestión?			69
70. ¿Frecuentemente sufre de malestar porque se llena de gases?			70
71. ¿Le ha dicho algún médico que tiene úlcera en el estómago?			71

¿Ha padecido en el último año alguna lesión en alguna de las siguientes partes del cuerpo <u>QUE LE DIFICULTE O IMPIDA TRABAJAR?</u>	**SÍ**	**NO**	
72. Cuello			72
73. Hombros, codos, muñecas o manos			73
74. Espalda, cintura, caderas o asentaderas			74
75. Muslos, rodillas, tobillos o pies			75
El siguiente bloque de preguntas contéstelas <u>de acuerdo a lo que siente en este momento</u>:	**SÍ**	**NO**	
90. ¿Siente pesadez en la cabeza?			90
91. ¿Siente el cuerpo cansado?			91
92. ¿Tiene cansancio en las piernas?			92
93. ¿Tiene deseos de bostezar?			93
94. ¿Siente la cabeza aturdida, atontada?			94
95. ¿Esta soñoliento (con sueño)?			95
96. ¿Siente la vista cansada?			96
97. ¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos?			97
98. ¿Se siente poco firme e inseguro(a) al estar de pie?			98
99. ¿Tiene deseos de acostarse?			99
100. ¿Siente dificultad para pensar?			100

101. ¿Está cansado(a) de hablar?			101
102. ¿Está nervioso(a)?			102
103. ¿Se siente incapaz de fijar la atención?			103
104. ¿Se siente incapaz de ponerle interés a las cosas?			104
105. ¿Se le olvidan fácilmente las cosas?			105
106. ¿Le falta confianza en sí mismo(a)?			106
107. ¿Se siente ansioso(a)?			107
108. ¿Le cuesta trabajo mantener el cuerpo en una misma postura?			108
109. ¿Se le agotó la paciencia?			109
110. ¿Tiene dolor de cabeza?			110
111. ¿Siente los hombros entumecidos?			111
112. ¿Tiene dolor de espalda?			112
113. ¿Siente opresión al respirar?			113
114. ¿Tiene sed?			114
115. ¿Tiene la voz ronca?			115
116. ¿Se siente mareado(a)?			116
117. ¿Le tiemblan los párpados?			117
118. ¿Tiene temblor en las piernas o los brazos?			118
119. ¿Se siente mal?			119
El siguiente bloque de preguntas contéstelas de acuerdo a lo que siente en este momento:	**SÍ**	**NO**	
120. ¿Piensa y habla usted con frecuencia acerca de la bebida?			120
121. ¿Bebe más ahora que antes?			121
122. ¿Bebe más deprisa que los demás?			122
123. ¿Toma usted frecuentemente con la intención de "relajarse"?			123
124. ¿Ingiere usted varias copas aun cuando se había propuesto no hacerlo?			124
125. ¿Se ha sentido culpable o apenado por sus estados de ebriedad?			125
126.¿Ha sufrido lesiones accidentales después de ingerir bebidas alcohólicas?			126
127. ¿Algunas veces olvida lo ocurrido (o parte de ello) mientras estuvo ebrio?			127
128. ¿Ha perdido algún amigo por sus críticas acerca de la forma en que usted bebe o lo que hace cuando está intoxicado?			128
129. ¿Ha tenido o tiene problemas frecuentes con la familia o con sus amigos con relación a su manera de beber?			129
130. ¿Bebe frecuentemente por la mañana con la intención de combatir los efectos de la "cruda"?			130
131.¿Se siente a veces intranquilo o molesto porque no hay bebida a la mano?			131

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

INSTRUCTIVO
PARA LA RECOLECCIÓN, CODIFICACIÓN Y CAPTURA DE LA ENCUESTA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

El **Instructivo** tiene el propósito de precisar algunos aspectos sobre las fases de recolección, codificación y captura de la información de la *Encuesta Individual para la Evaluación de la Salud de los Trabajadores*. Así que se compone, en primer lugar, de algunas **indicaciones de carácter general** sobre la encuesta y, en segundo lugar, de los **aspectos específicos** de cada uno de los capítulos o apartados de la misma.

INDICACIONES DE CARÁCTER GENERAL

1. Las variables de la encuesta se han agrupado en **cinco capítulos**:

I. Datos Generales;
II. Calidad de Vida y de Trabajo Doméstico;
III. Condiciones de Trabajo;
IV. Riesgos y Exigencias;
V. Daños a la Salud.

Esta información deberá capturarse en un programa adecuado para esta actividad. Se recomienda el uso de DBASE, EXCEL o ACCESS. Antes de iniciar la elaboración de la base de datos, se recomienda leer cuidadosamente el instructivo de codificación para definir los campos correctamente, ya que por ejemplo en respuestas dicotómicas se puede definir sólo un campo, pero la **NO RESPUESTA** se codificará siempre con el 99. La base de datos deberá contemplar esta opción. Para el análisis y procesamiento estadístico de la información se recomienda el uso del SPSS o el JMP.

2. Todas las variables de la encuesta tienen asignado un **número de identificación** en el margen izquierdo y el mismo número en el **margen derecho**. Este último con la finalidad de facilitar la captura, puesto que el número del lado derecho de la encuesta queda mucho más cercano a las casillas o celdas y, de esta manera, la posibilidad de equivocarse en el número de pregunta es mucho menor.

3. Cada uno de los capítulos que conforman la encuesta (con excepción del primero de Datos Generales) **es opcional**, es decir, puede incluirse o eliminarse, en parte o en su totalidad, de la misma, dependiendo de las necesidades específicas del investigador, de cada grupo de trabajadores y de cada centro laboral. En caso de modificarse la encuesta bajo este principio, será necesario hacer las adecuaciones correspondientes en este instructivo.

4. La gran mayoría de las preguntas de la encuesta son dicotómicas, de **SÍ** o **NO**. En este caso el trabajador responderá directamente en el espacio correspondiente y no tendrán que codificarse estas respuestas sobre la encuesta, aunque sí en la captura de la base de datos. El código asignado a la respuesta **SÍ** es **1** y el asignado a la respuesta **NO** es **2**. Las preguntas de la encuesta que tienen **casillas independientes,** será necesario **codificarlas.** En este caso existe siempre un espacio o línea en la encuesta donde el trabajador debe responder y la codificación se realiza en función del tipo de respuesta dada por el trabajador y señalada en el apartado correspondiente de este instructivo.

5. Es necesario **revisar cuidadosamente cada una de las encuestas** y cada uno de sus apartados inmediatamente después de entregarla al trabajador, ya que eso evita, entre otras cosas, la **no respuesta**.

ASPECTOS ESPECÍFICOS

IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR Y DEL ENCUESTADOR

Nombre del trabajador. Se anotará el nombre completo del trabajador. No se captura en la base de datos.

Clave del encuestador: Esta variable corresponde al número que tiene asignado cada participante en la investigación, ya sea en su función de encuestador, codificador o capturista. Esto es útil cuando son varias las personas que desarrollarán estas labores. Permite, sobre todo, organizar el trabajo de campo y poder detectar errores sistemáticos o aleatorios en la codificación y/o captura.

I. DATOS GENERALES

Son aquellas variables que **identifican** los datos de la **encuesta** y de cada **trabajador**. En este capítulo se incluyen **6 variables**, Si el trabajador **no contestó** alguna de estas preguntas se capturará, en la base de datos, con el número **99**. Aunque la casilla o campo para cada variable sea uno (o cualquier otro número de casillas) en la encuesta, la **NO RESPUESTA SE CAPTURARÁ SIEMPRE CON EL NÚMERO 99.**

Las variables que incluye este capítulo son:

1. **Número de encuesta.** Al entregar la encuesta al trabajador, ésta ya estará foliada, es decir, numerada, en la línea respectiva.

2. **Fecha en que se llena la encuesta.** El trabajador anotará sobre la línea la fecha de aplicación de la encuesta. El codificador anotará ésta en las casillas respectivas, en el orden en que se específica, empezando por día, mes y año, éstos separados por un **guión** (-). En el caso del año tendrán que ponerse sólo los 2 últimos dígitos.

3. **Momento de aplicación de la encuesta.** Se marcará con una **X** en la línea correspondiente. El codificador anotará en la casilla de la derecha el número de la opción seleccionada.

4. **Número del trabajador.** El trabajador anotará sobre la línea el número correspondiente. El codificador hará lo propio en las casillas, trasladando los datos que anotó el trabajador. Esta variable contiene 10 casillas por si el número de afiliación de los trabajadores es muy grande. Si el número es pequeño se recomienda utilizar las últimas casillas. Pueden incluirse números y letras.

5. **Edad.** Se anotará en la línea los años cumplidos. El codificador hará lo propio en las casillas trasladando los datos que anotó el trabajador.

6. **Sexo.** Se anotará en la línea el sexo y se codificará **1** si es masculino y **2** si es femenino.

Si el trabajador **no respondió alguna pregunta** (no hay datos), el capturista pondrá el número **99** para la variable en cuestión.

II. CALIDAD DE VIDA Y TRABAJO DOMÉSTICO

En este capítulo se incluyen **38 preguntas.** Si alguna de estas preguntas **no la contestó** el trabajador se capturará como **99**.

Es muy importante saber que **si una pregunta se contestó negativamente y está asociada con otras preguntas, estas últimas no deberán contestarse**. Conviene cotejar con mucho cuidado esta situación con la finalidad de tener los mínimos errores de captura posibles. Éste es el caso de las preguntas **4** (¿Cuántos menores de 18 años

(hijos u otros) viven con usted?) y 5 (¿Cuántos menores de 5 años (hijos u otros) viven con usted?) de este capítulo. Así, se deberán capturar únicamente en el caso de que la pregunta 3 (¿Tiene usted hijos?) haya sido contestada positivamente. Es importante por eso revisar la encuesta en el momento en que la entregue el trabajador para que se pueda corregir el dato, si existe un error de este tipo. Por ejemplo, si contestó negativamente la pregunta 3 y positivamente las preguntas 4, 5 ó 12.

Las variables que incluye la encuesta son:

1. **Escolaridad.** El trabajador deberá poner una **X** en la línea correspondiente. El codificador deberá anotar en la casilla el número correspondiente a la opción elegida por el trabajador. Las opciones posibles van de la 1 a la 9.

2. **Estado civil.** El trabajador pondrá una **X** en la línea correspondiente. El codificador deberá anotar en la casilla el número correspondiente a la opción elegida por el trabajador.

3. **Presencia de hijos.** En esta pregunta se marcará solamente una opción **SÍ** o **NO**. Si el trabajador contestó que **SÍ**, el codificador deberá poner el número **1** en la casilla correspondiente. Si el trabajador contestó que **NO**, deberá poner el número **2** y **pasar a la pregunta 6**.

4. **Menores de 18 años (hijos u otros) que viven con el trabajador.** Anotará el total de menores (hijos u otros) que viven con él en la línea correspondiente y el codificador transcribirá el número en la casilla específica. Nótese que no se pregunta por el total de hijos o menores, sino por el total de hijos o menores que viven con el trabajador. Si el trabajador no tiene hijos que vivan con él, el codificador anotará el **0 (cero)** y pasará a la número 6.

5. Menores **de 5 años (hijos u otros) que viven con el trabajador.** Anotará el número en la línea. El codificador transcribirá el número en la casilla correspondiente. Si el trabajador no tiene hijos o menores de 5 años que vivan con él, el codificador anotará el **0** (**cero**) y pasará a la número 6.

Tipo de actividades domésticas realizadas personalmente. De las preguntas **6** a la **14** el trabajador deberá marcar con una **X** la casilla que corresponde a las actividades que lleva a cabo personalmente. Sólo deberá marcar que **SÍ** en aquellas tareas donde el trabajador sea el que **REGULARMENTE** las lleva a cabo. Las **respuestas positivas** en estas preguntas deberán codificarse con el número **1**. Si la respuesta es negativa se pondrá el número **2**. Si no se contestó la pregunta se capturará como **99**, con excepción de **la pregunta número 12** que no se podrá capturar si las preguntas 3 ó 4, de este mismo capítulo, fueron negativas.

15. **Salario.** En esta pregunta se marcará solamente una opción **SÍ** o **NO**. Si el trabajador contestó que **SÍ**, el codificador deberá poner el número **1** en la casilla correspondiente. Si el trabajador contestó que **NO**, deberá poner el número **2**.

16. **Otro trabajo para el sostenimiento del hogar.** El trabajador deberá marcar con una **X** una sola opción. Si el trabajador contesta que **SÍ**, el codificador deberá capturarla con el número **1**. Si el trabajador contestó que **NO**, deberá poner el número **2**.

17. **Hay otras entradas económicas en su casa**. El trabajador deberá marcar con una **X** una sola opción. Si el trabajador contesta que **SÍ**, el codificador deberá capturarla con el número **1**. Si la respuesta es **NO** se codificará con el número **2** y pasará a la pregunta **19**. En este caso no se podrá capturar la pregunta.

18. **Quién(es) aporta(n) los otros ingresos.** El trabajador podrá marcar más de una respuesta. En este caso el codificador pondrá **6** si hay más de una respuesta. **Esta opción no aparece en la encuesta**.

19. **Vivienda.** Se marcará con **X** una sola opción. Si se marca la opción de otra, el trabajador deberá especificar de qué tipo. El codificador trasladará a la casilla correspondiente el número que seleccionó el trabajador.

20. **Condiciones de la vivienda.** El trabajador seleccionará con una **X** alguna de las tres opciones. El codificador hará lo propio en la casilla, trasladando el dato que anotó el trabajador.

21. **Agua entubada en la vivienda**. En esta pregunta se marcará solamente una opción **SÍ** o **NO**. Si el trabajador contestó que **SÍ**, el codificador deberá poner el número **1** en la casilla correspondiente. Si el trabajador contestó que **NO**, deberá poner el número **2**.

22. **Drenaje en la vivienda**. En esta pregunta se marcará solamente una opción **SÍ** o **NO**. Si el trabajador contestó que **SÍ**, el codificador deberá poner el número **1** en la casilla correspondiente. Si el trabajador contestó que **NO**, deberá poner el número **2**.

23. **Número de personas que viven en la casa.** Anotará en la línea respectiva el número total de personas que viven en la casa. Se transcribirá el número a la casilla correspondiente.

24. **Total de dormitorios.** Anotará en la línea respectiva el número total de dormitorios con que cuenta la casa. Se transcribirá el número a la casilla correspondiente.

25. **Transporte.** El trabajador seleccionará una de las cinco opciones. El codificador hará lo propio en la casilla, trasladando el dato que anotó el trabajador.

26. **Tiempo de recorrido de su casa al trabajo.** Marcará con una **X** una sola opción. El codificador hará lo propio en la casilla trasladando el dato que anotó el trabajador.

27. **Promedio de horas de sueño.** Anotará en la línea respectiva el número total de horas de sueño al día. Se transcribirá el número a la casilla correspondiente.

Actividades en el tiempo libre. De las preguntas **28** a la **34** el trabajador marcará con una **X** una opción para cada pregunta. No incluye las horas de comida y sueño habituales. Las **respuestas positivas** deberán capturarse con el número **1**. Como en todas las demás preguntas dicotómicas de **SÍ** y **NO**, las respuestas negativas se codifican con el número **2**.

Hábito de fumar. En las preguntas **35**, **36**, **37 y 38** se pretende saber si el trabajador fuma o fumó alguna vez en su vida, cuántos años y el número aproximado de cigarrillos. En la pregunta 35 el trabajador deberá marcar con una **X** una de las dos opciones. Si la respuesta fue positiva deberá pasar a la pregunta 37, en caso contrario deberá contestar la 36. Si ésta última fue negativa deberá pasar a la pregunta 1 de **condiciones y valoración del trabajo**. En el caso de las dos siguientes preguntas (37 y 38), el codificador trasladará el número anotado en la línea por el trabajador a la casilla correspondiente. Cuando la respuesta a la pregunta 36 es negativa no se podrán capturar las dos preguntas siguientes. Al recoger la encuesta se deberá poner atención en que el trabajador no haya cometido errores en estas tres respuestas. El código para la respuesta **positiva** es **1** y para la **negativa** es **2**.

III. CONDICIONES Y VALORACIÓN DEL TRABAJO

Este capítulo incluye **22** preguntas. Si el trabajador **no contestó** alguna de estas preguntas se capturará como **99**.

Las variables que incluye la encuesta son:

1. **Área o departamento donde trabaja**. El trabajador especificará el nombre del área o departamento de trabajo en la línea correspondiente. Las áreas o departamentos se codificarán de acuerdo al listado previo que el codificador elabore en función del total de áreas o departamentos existentes en el centro laboral que se está estudiando. Esta es una tarea que debe realizarse antes de empezar la **captura de las encuestas.**

2. **Puesto que ocupa actualmente.** El trabajador anotará el nombre del puesto que tiene señalado en su contrato de trabajo. Los puestos se codificarán de acuerdo al listado previo que el codificador elabore en función del total de puestos existentes en el centro laboral que se está estudiando. Esta es una tarea que debe realizarse antes de empezar la **captura de las encuestas.**

3. **Turno en que labora actualmente**. El trabajador deberá anotar en la línea el turno en que labora en el momento de llenar la encuesta. Los turnos se codificarán de acuerdo a un listado previo que el codificador elabore en función del total de turnos existentes en el centro laboral que se está estudiando. Esta es una tarea que debe realizarse antes de empezar la **captura de las encuestas.**

4. **Años de trabajo en la empresa**. El trabajador anotará el número de años cumplidos **(si es menos de un año, pondrá 0)**. El codificador trasladará los datos en las casillas correspondientes.

5. **Años que lleva en su puesto actual.** El trabajador especificará en la línea los años que lleva en su puesto **(si es menos de un año pondrá 0)**. El codificador trasladará los datos en las casillas respectivas.

6. **Tiempo que lleva realizando su actividad en ésta y otras empresas**. El trabajador especificará en la línea el tiempo en años cumplidos **(si es menos de un año pondrá 0)**. El codificador trasladará los datos en las casillas respectivas.

7. **Tipo de contrato.** El trabajador deberá marcar con una **X** el tipo de contrato que tiene en el momento de aplicación de la encuesta. El codificador trasladará el dato en la casilla respectiva.

8. **Afiliación actual del trabajador.** El trabajador deberá marcar con una **X** el tipo de afiliación que tiene en el momento de aplicación de la encuesta. El codificador trasladará el dato en la casilla respectiva.

Valoración sobre el contenido del trabajo: De las preguntas **9** a la **18** el trabajador deberá marcar con una **X** una sola opción para cada pregunta. Las **respuestas positivas** deberán capturarse con el número **1**. Las **respuestas negativas** deberán capturarse con el número **2**. Cuando no se respondió la pregunta se anotará el número **99**.

Ausentismo: Las preguntas **19** a **22** solicitan información sobre la falta de asistencia al trabajo en el último año (los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta). Si la pregunta 19 se contestó negativamente se deberá pasar al capítulo de Riesgos y Exigencias Laborales. En caso contrario, en las preguntas 20 y 21 se recoge el **número de veces** (ocasiones distintas) en que el trabajador faltó al trabajo en el año y cuántas de éstas fueron por motivos de salud. Si ninguna de estas veces fue por motivos de salud se pondrá 0 (**cero**) en la pregunta 21. Por último, en la pregunta 22 se recoge el **número de días** que el trabajador faltó en el año por motivos de salud. Se deberá trasladar lo que anotó el trabajador a las casillas correspondientes.

IV. RIESGOS Y EXIGENCIAS LABORALES

Es muy importante observar que los **riesgos y exigencias** se presentan en la encuesta por **bloques** y tienen un encabezado en donde se identifica la o las condiciones para que se conteste afirmativamente la pregunta.

Por ejemplo, para que un trabajador conteste que **SÍ** está expuesto a calor, tendrá que hacerlo sólo cuando esta **exposición** sea **excesiva** o **constante** en la jornada de trabajo, ya que no se pregunta sólo por exposición a calor, sino por exposición a calor de manera excesiva o constante.

Este capítulo de riesgos y exigencias se conforma en la encuesta de **45** preguntas. De las preguntas **1** a la **13** se consignan los posibles **riesgos** a los que está expuesto el trabajador. Éste deberá marcar para cada pregunta una sola casilla de respuesta con una **X**. Marcará **SÍ** sólo cuando esté **excesiva o constantemente** expuesto a alguna de las causas que se mencionan. De las preguntas **34** a la **84** se consignan las **exigencias** y se procederá de la misma manera que para los riesgos.

Si el trabajador contestó negativamente (**NO**) a las preguntas **41** u **82** deberá saltar algunas preguntas, como se presenta a continuación:

Si en la pregunta **41** contestó que **NO**, pasará a la pregunta **44.**
Si en la pregunta **82** contestó que **NO**, pasará a la pregunta **33 de daños a la salud**

Se deberá **revisar cuidadosamente la encuesta** para confirmar que si se contestaron **negativamente** las preguntas mencionadas (**41 y 82**) las siguientes a ellas no tendrán que responderse. Por ejemplo, si la persona contestó **NO** a la pregunta **41**, deberá dejar sin contestar las preguntas **42** y **43**. De la misma manera sucederá en los otros casos.

De las preguntas **57** a la **71** el trabajador deberá contestar afirmativamente sólo si esas actividades las lleva a cabo por **2 o más horas seguidas durante la jornada de trabajo**.

De las preguntas **70 a 84** el trabajador deberá contestar afirmativamente sólo si esas actividades las lleva a cabo por **2 o más horas seguidas durante la jornada de trabajo**.

Las respuestas afirmativas se capturarán con el Número 1 y las respuestas negativas con el número 2. Si el trabajador **no respondió** alguna pregunta de este capítulo se codificará con el **número 99**.

V. DAÑOS A LA SALUD

Es un listado de síntomas y enfermedades que pretende conformar **diagnósticos presuntivos**. Todas las preguntas están formuladas para que se conozca la situación **durante el último año**. Todas las respuestas son dicotómicas (**SÍ** o **NO**). En todas las preguntas el trabajador deberá marcar con una **X**, una de las dos opciones de cada una de los síntomas mencionados.

Este capítulo contiene **85** preguntas, de las cuales **35** permiten conformar **10 diagnósticos presuntivos (somáticos, psicosomáticos y psíquicos)** a través de una o varias preguntas sobre síntomas y de ellas una o varias respuestas positivas (véase el cuadro 1).

En el caso de las preguntas **90** a la **119**, el trabajador deberá contestar de acuerdo a lo que siente en ese momento, es decir, en el momento de la aplicación del cuestionario. Con 7 o más respuestas positivas para los hombres y 8 o más respuestas positivas para las mujeres se conforma el diagnóstico de fatiga.

En el caso de las preguntas **120** a la **131**, el trabajador deberá contestar de acuerdo a lo que siente en ese momento, es decir, en el momento de la aplicación del cuestionario. Con 3 o más respuestas positivas para los hombres y mujeres se

conforma el diagnóstico de uso y abuso de alcohol y más de 4 para el de dependencia.

Si el trabajador contestó negativamente (**NO**) a la pregunta **50** deberá saltar algunas preguntas, como se presenta a continuación:

Si en la pregunta **50** contestó que **NO**, pasará a la pregunta **56.**

Esto hace que se tenga que **revisar cuidadosamente la encuesta**, para verificar que la no respuesta se deba a la contestación negativa de las cinco preguntas aquí mencionadas.

CUADRO DE DIAGNÓSTICOS

No. Dx	Diagnóstico	Número de pregunta(s)	Respuestas positivas
1	DEPRESIÓN	33 a la 39	4 de 7
2	ANSIEDAD	40 a la 46	4 de 7
3	TRASTORNOS DE SUEÑO	47 a la 49	2 de 3
4	CEFALEA TENSIONAL	50 y 51	2 de 2
5	MIGRAÑA	52 a la 55	3 de 4
6	TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS CARDIOCIRCULATORIOS	56 a la 60	3 de 5
7	TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS DIGESTIVOS	61 a la 71	6 de 11
8	TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS	72 a la 75	1 de 4
9	FATIGA (7 síntomas positivos)	90 a la 119	7 de 30
10	USO Y ABUSO DE ALCOHOL	120 a la 131	3 de 12

GUÍA DE OBSERVACIÓN

RESPONSABLE:
FECHA:
I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EMPRESA.

1. Nombre de la empresa.

2. Domicilio.

3. Productos que elabora.

4. Breve descripción del proceso de trabajo en la empresa.

5. Número de trabajadores en la empresa.

6. Áreas o departamentos que componen la empresa.

7. Diagrama de flujo del proceso de trabajo.

9. Croquis de la empresa.

FASES O ETAPAS DEL PROCESO DE TRABAJO	¿QUÉ SE HACE?	¿CON QUÉ SE HACE?	¿CÓMO SE HACE?

Descripción del diagrama complejo del proceso de trabajo.

INFORMACIÓN QUE SE DEBE RECABAR POR CADA DEPARTAMENTO O SERVICIO.

Departamento o servicio:

Responsable:

JORNADAS DE TRABAJO

1. Turnos en que se labora en el servicio.

2. Número de trabajadores por turno.

3. ¿Existe rotación de turnos?

4. ¿Cómo se lleva a cabo la rotación de turnos?

5. Duración de la jornada diaria (si es necesario señale la duración de la jornada por turnos)

6. Duración de la jornada semanal: (si es necesario señale la duración de la jornada por turnos)

7. ¿Se hacen horas extras? En caso afirmativo, ¿cuántas horas extras por semana realiza cada trabajador en promedio?

8. Señale si existen otras formas de prolongar la jornada de trabajo, como dobletes o guardias. En caso afirmativo, señale el promedio (en horas) por semana o mes que se prolonga la jornada.

9. ¿existen pausas de trabajo?
(Las pausas no incluyen el tiempo destinado a tomar alimentos)

10. En caso afirmativo, señale motivo(s) y tiempo(s) de duración de las pausas.

II. PROCESO DE TRABAJO

11. Señale las etapas o actividades del proceso de trabajo en el departamento o servicio (desde el inicio del flujo hasta el final):

12. Señale el número de trabajadores por actividad o puesto:

13. Describa las características del área de trabajo o del servicio:

a) Áreas abiertas (superficie aproximada, material del piso)

b) Áreas cerradas (superficie aproximada, material de piso, paredes, techo, altura aproximada)

14. Breve descripción de las actividades del departamento o servicio.

15. Objetos de trabajo de la actividad (tipo de atención que se brinda a los pacientes)

16. Descripción detallada del equipo o instrumental (para cada actividad)

17. Describa cómo participan los trabajadores en cada actividad, si lo hacen en equipo de trabajo o solos, si hay división del trabajo entre ellos y si hay jerarquías.

18. Si existen instalaciones eléctricas, señale si se utilizan para iluminación y/o como fuente de energía del equipo y sus características.

19. Otras instalaciones de energía (calderas, instalaciones de gas), si existen, señalar sus características y uso.

20. Instalaciones de agua, valoración de ruido, ventilación, ambiente térmico, evaluación de riesgos y exigencias.

21. Instalaciones de servicio para los trabajadores.
Señale si existen y sus características:

a) Agua para beber.

b) Sanitarios.

c) Vestidores.

d) Áreas de descanso

GUÍA DE OBSERVACIÓN SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO Y DE SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 DEL IMSS

c) ¿Relación entre los trabajadores?

e) Pacientes y sustancias: (pedir muestras si no son conocidas, nombre comercial, nombre químico, cantidades)

f) Materias primas y sustancias: (pedir muestras si no son conocidas, nombre químico, cantidades)

g) Interrupciones en el proceso: (frecuencia, causas y cambios en el trabajo)

h) Servicio y función.

i) Formas salariales: (destajo, premios, estímulos, prestaciones)

III: Riesgos laborales (identificación de los riesgos que afectan a los trabajadores del área o departamento.)
Responde a la pregunta ¿Qué perjudica a la salud?)

GRUPO I:
a) TEMPERATURA, HUMEDAD, VENTILACIÓN: (Cotejar posteriormente con riesgos fisiológicos.
Si es muy alta, alta o baja, describa las causas y las fuentes de emisión del calor:

Cambios de temperatura en la jornada: Si ( ) No ( )
Si es afirmativo, conocer frecuencia y variabilidad

Cambios de temperatura en el año: SI ( ) NO ( )
Frecuencia y variabilidad: En primavera e invierno

Puestos con mayor problema.
Todos
Asistentes médicos.

Medidas de protección (generales, locales, personales):
(Responde a la pregunta ¿Cómo se protege la salud?

Sistema de extracción, inyección o recambio: Si ( ) NO ( )
Equipos de recambio de aire.

b) RUIDO:
Nivel de ruido: Moderado( ) Alto ( ) Muy Alto ( )
Interfiere en la comunicación verbal: Si ( ) No ( )
A que distancia: 2 Mts
Tipo de ruido continuo ( ) Intermitente ( ) Impulsos ( )
Tiempo promedio de exposición en el área

Puestos con mayor problema
Asistentes médicas, trabajadoras sociales, médicos.
Medidas de protección (generales, locales, personales)

d) ILUMINACIÓN: Buena ( ) Mala ( ) Regular ( )
Tipos de luz: Natural ( ) Artificial ( ) Ambas ( )

Características de la luz general artificial:
Tipo: Incandescente ( ) Fluorescente ( )
Distribución de las fuentes y distancias al trabajador: 1.10 mts.

Puestos más problemáticos luz insuficiente, deslumbramiento, contraste, color de los objetos y fondo, tipo de trabajo: de precisión, general)

Los trabajadores del área de urgencias.

d) RADIACIONES.
¿Existe exposición a la luz solar? SI ( ) NO ( )
Tiempo promedio de exposición por día
Puestos en donde hay radiaciones:

Puestos	Tiempo de radiación: (Rayos X, radiaciones ionizantes)	En caso de radiaciones cuales utiliza	Tiempo de exposición	Medidas de protección.

EFECTOS EN LA SALUD GRUPO III.

¿Responde a la pregunta cómo afecta el trabajo a la salud?

Molestias	Factor (es) asociados	Todos	Frecuencia			Medidas propuestas
			Mayoría	Pocos	Muy pocos	
Enfermedades						

GRUPO IV: EFECTOS EN LA SALUD

(Responde a las preguntas ¿cómo afecta al trabajo a la salud?

Molestias	Factor (es) asociados	Todos	Frecuencia			Gravedad	Medidas propuestas
			Mayoría	Pocos	Muy pocos		
Enfermedades							

GRUPO IV

Riesgos	SI	NO	Puestos	Número de trabajadores	Duración	Frecuencia en que se rota (y guardias)	Medidas propuestas
1) TURNOS a) rotación de turnos							
b)Guardias							
2 PAUSAS							
3) Tiempo extra							
4) TRABAJO PELIGROSO							
5) ALTOS RITMOS DE TRABAJO							
6) ALTO GRADO DE ATENCIÓN							
7) TRABAJO MONÓTONO Y REPETITIVO							
Riesgos	SI	NO	Puestos	Número de trabajadores	Duración	Frecuencia en que se rota (y guardias)	Medidas propuestas
10) SITUACIONES DE EMERGENCIA							

QUE REQUIEREN DE RÁPIDA INTERVENCIÓN							
11) NO PODER TOMAR INICIATIVA PARA ORGANIZAR EL TRABAJO							
12) SUPERVISIÓN ESTRICTA (U OTRAS)							
13) NO PODER DESARROLLAR ACTIVIDADES DE DEFENSA COLECTIVA EN HORAS DE TRABAJO.							

GRUPO V. RIESGOS DE ACCIDENTARSE

Es un problema SI (1) NO (2)	Importancia Poca(1) Regular(2) Mucha (3)	Tipos de accidentes	Causas más frecuentes	Puestos	Número de trabajadores expuestos	Frecuencia de accidentes	Número de accidentes graves o mortales.