



Casa abierta al tien

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

**DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCION A LA SALUD
MAESTRIA EN SALUD EN EL TRABAJO**

**TRASTORNOS PSIQUICOS DEL PERSONAL
DE SALUD FEMENINO Y SU RELACION
CON CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN SALUD EN EL TRABAJO

P R E S E N T A :

PSIC. MA. GUADALUPE GUTIERREZ SUAREZ

DIRECTOR DE TESIS: MARIANO NORIEGA ELIO

CIUDAD DE MEXICO

ENERO DE 1998

VOLUPTUOSIDAD

ALEGRÍA Y PERFUME DE MI VIDA

ESTA MEMORIA DE HORAS DURANTE LAS CUALES
HE ENCONTRADO Y OBTENIDO LA VOLUPTUOSIDAD,

TAL Y COMO LA BUSCABA.

ALEGRÍA Y PERFUME DE MI VIDA:

ESTE ALEJAMIENTO DE TODO AMOR

DE TODO DISFRUTE RUTINARIO

CONSTANTINO P. CAVAFIS

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue posible gracias a la colaboración de todas aquéllas personas que nos dieron la oportunidad de adentrarnos en la dinámica de su vida tanto laboral como privada.

También quiero agradecer a cada uno de mis profesores de maestría que me compartieron sus experiencias profesionales, las cuales fueron mis principales herramientas para continuar con esta investigación.

Un especial agradecimiento al Maestro Mariano Noriega por el apoyo incondicional que recibí constantemente. Sus experiencias personales y profesionales, que las hace extensivas a quien se lo solicite, fueron por demás valiosas y certeras por su gran contenido, proyectando confianza y seguridad.

A las personas que me ayudaron a transcribir y mecanografiar los textos necesarios para la presentación final de esta tesis, en particular, a Cristina Soto Morquecho, a Victoria Reyna Villegas Bolaños y a Rubén Martínez.

Un profundo agradecimiento por el apoyo que recibimos del Doctor Antonio San Martín Uribe, Titular de la Coordinación Delegacional de Salud en el Trabajo, de la Delegación 4 Sureste, del IMSS, en el Distrito Federal, porque nos permitió realizar la investigación en la UMF 7 del IMSS.

Esta investigación formó parte del Programa de Subvención para Proyectos de Investigación en las Maestrías de Salud Ocupacional de América Latina, del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) de Canadá, con sede en el Posgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente de Trabajo de la Universidad de Carabobo, en Venezuela.

ÍNDICE

	Páginas
1. INTRODUCCIÓN	
1.1 PRESENTACIÓN	1
1.2 METODOLOGÍA	5
1.3. MARCO DE REFERENCIA	8
1.4. MARCO CATEGORIAL . . . . .	.12
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
2.1. GÉNERO Y CONDICIONES DE VIDA . . . . .	.13
2.2. GÉNERO Y PROCESO DE TRABAJO	17
2.3. EL PROCESO LABORAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD	24
2.3.1. EL SUJETO DE TRABAJO	24
2.3.2. LOS MEDIOS DE TRABAJO . . . . .	.25
2.3.3. EL TRABAJO Y LA PRÁCTICA MÉDICA . . . . .	.26
2.4. PERSONALIDAD Y APOYOS SOCIALES	30
2.5. ESTRESORES OBJETIVOS Y SUBJETIVOS . . . . .	.33
2.6. EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL	38
3. RESULTADOS	
3.1. PROCESO DE TRABAJO GENERAL, POR ÁREAS Y PUESTOS	54
3.2. PERFIL DE RIESGOS Y EXIGENCIAS . . . . .	.65
3.3. PERFIL PATOLÓGICO MENTAL . . . . .	.69
3.3.1. CONDICIONES DE VIDA . . . . .	.72
3.3.2. CONDICIONES DE TRABAJO	80
3.3.2.1. LA ANTIGÜEDAD	80
3.3.2.2. EL PUESTO DE TRABAJO . . . . .	.82
3.3.2.3. LA DURACIÓN DE LA JORNADA	85
3.3.2.4. AUSENTISMO . . . . .	.86
3.3.3. RIESGOS Y EXIGENCIAS	89
3.3.4. PERCEPCIÓN DE LAS TRABAJADORAS . . . . .	.97
4. CONCLUSIONES . . . . .	.104
5. BIBLIOGRAFÍA	109
6. ANEXOS	113
6.1. GUÍA DE OBSERVACIÓN . . . . .	.113
6.2. ENCUESTA	116
6.3. INSTRUCTIVO . . . . .	.125

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. PRESENTACIÓN.

La relación entre el trabajo y la salud se ha estudiado durante mucho tiempo, sin embargo sólo en las últimas tres décadas se ha sistematizado este conocimiento. Las principales investigaciones se han realizado con trabajadores industriales, sobre todo, en los sectores minero, siderúrgico, automotriz, eléctrico, textil, electrónico, entre otros.

En fechas recientes se han realizado numerosos estudios en el llamado "sector servicios", dentro del cual se incluyen los trabajadores de la salud. El interés principal por estudiar a este personal ha sido su exposición a riesgos biológicos y sus posibles consecuencias para la salud. En particular, el estudio del SIDA se ha convertido en un problema justificadamente prioritario.

Sin embargo, las situaciones que más transgreden la integridad física y mental de los trabajadores de la salud son sus condiciones de trabajo y las formas en que éste se encuentra organizado, las que, a su vez, determinan una serie de exigencias laborales, tales como: exceso de trabajo, elevada responsabilidad, supervisión estricta, tareas múltiples y bajos salarios, entre otras. Esta situación permite suponer un trabajo altamente estresante que favorece la aparición de trastornos psíquicos y psicosomáticos.

Unido a esto, existen, en la actualidad, un número muy importante de investigaciones que estudian las relaciones entre el trabajo y

la salud, en particular, de las mujeres. Este planteamiento se justifica, dado que la alta frecuencia de estos trastornos mentales en las trabajadoras son producto de cómo el trabajo asalariado se combina con otras actividades y con condiciones de vida inadecuadas, lo que configura un cuadro que favorece la aparición de estos problemas de salud.

Esta compleja situación motivó la presente investigación, la cual se realizó con el personal femenino de una Unidad de Medicina Familiar (UMF), que pertenece a la Delegación No. 4, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la Ciudad de México.

La investigación efectuada en la UMF tuvo como interés principal identificar en qué condiciones se encuentra la salud mental de sus trabajadoras. El estudio estuvo limitado a reconocer algunos aspectos referentes a las condiciones de vida y de trabajo y a la subjetividad de las propias trabajadoras, para identificar síntomas que permitieran estructurar un diagnóstico de morbilidad mental.

Durante el proceso de la investigación, quedó claro que estudiar la salud mental de un grupo de trabajadoras no es tarea fácil. Una de las razones principales de esto es porque podían sentirse invadidas en su privacidad, lo que podría significar inseguridad, pérdida de prestigio o despertar emociones y sentimientos negativos que estaban dormidos. Otra de las razones fue que al establecer contacto con las trabajadoras, parecían sentir temor de colaborar con la investigación. Esta situación era comprensible dado el poco contacto que se tuvo previamente con

las mismas y la falta de comprensión total de los objetivos de la propia investigación.

Dado que la salud mental de las trabajadoras no se determina, como ya se ha mencionado, únicamente por la exposición a ciertas condiciones laborales, se consideró necesario explorar también algunos aspectos de lo que, genéricamente, se conoce como condiciones de vida y que pueden tener marcada influencia en el estado mental y emocional de estas mujeres.

En el desarrollo de la investigación se evidenciaron algunas limitaciones importantes. Entre ellas: la falta de profundización acerca de las condiciones de vida y aspectos que evidencien, con mayor claridad, las características personales de las trabajadoras. Sin embargo, pese a estas limitaciones, los resultados mostraron aspectos muy interesantes sobre la causalidad de la salud mental en la mujer trabajadora.

El contenido de la tesis se dividió en seis apartados. El primero, abarca la introducción, que consta de una presentación sobre el objeto de estudio, así como los aspectos metodológicos y técnicos utilizados para realizar esta investigación. Se menciona brevemente: el diseño epidemiológico utilizado, los instrumentos y las formas en que se recolectaron, capturaron, procesaron y analizaron los datos. También incluye un sintético marco de referencia, en donde se hace una breve reseña de la seguridad social, institución a la que pertenece la Unidad de Medicina Familiar en estudio; y un marco categorial, para entender las relaciones entre los diferentes conceptos y procesos estudiados. Estos dos últimos elementos permitieron ubicar la investigación desde una perspectiva histórica y lógica.

En el segundo apartado se presenta la revisión bibliográfica, es decir, aquellas teorías, métodos, técnicas y resultados encontrados en investigaciones previas y que sirvieron de apoyo a ésta. La pretensión era conocer las relaciones entre las condiciones objetivas y subjetivas en que se encuentran inmersas las trabajadoras y las formas en que éstas repercuten en su salud mental. Por este motivo se explican algunos aspectos acerca de: las condiciones de vida; el proceso de trabajo (incluyendo sus componentes y las características del mismo), así como las características específicas del proceso de trabajo del personal de salud (a este conjunto de elementos se le ubicó como el "nivel objetivo"); enseguida se plantea la influencia de la personalidad y los apoyos sociales con elementos explicativos de las condiciones de salud mental (nivel subjetivo); en un tercer momento, se incluyen los riesgos y las exigencias (estresores objetivos y subjetivos) como generadores de estrés y posibles causas inmediatas de la aparición de trastornos mentales. Por último, se estudia el proceso salud-enfermedad mental, entendido como las manifestaciones psicofisiológicas resultantes de los elementos anteriores. Dado que este proceso ha generado múltiples interpretaciones en la literatura especializada, se hacen algunas precisiones acerca del estrés y de las diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad mental.

En el tercer apartado se presentan los resultados. Aquí, se relata la descripción general del proceso de trabajo en ese centro laboral y las características de las trabajadoras, así como de las áreas y de los puestos de trabajo. También se describen los perfiles de riesgos y exigencias y el perfil patológico de la población estudiada. En este sentido se analizan

los hallazgos más importantes de la morbilidad mental en relación con las condiciones de vida y de trabajo.

Para finalizar, se presentan tres aspectos: un apartado de conclusiones y propuestas, la bibliografía consultada para esta investigación y los anexos que incluyen los instrumentos utilizados para la recolección de la información.

1.2. METODOLOGÍA.

La población estudiada se conformó con las trabajadoras del primer nivel de atención, en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 7, ubicada en la zona sureste de la Ciudad de México. Dicha UMF fue inaugurada en 1962 y, desde entonces, ha funcionado ininterrumpidamente.

La clínica cuenta con un total de 380 trabajadores, de los cuales el 93% (354) se encuentran sindicalizados y el 7% (26) son personal de confianza.

Se estudió a la población (N=217) de trabajadoras de la (UMF), la cual se compone de médicas, enfermeras, laboratoristas y asistentes médicas. La "no respuesta" fue del 22%, es decir, 47 trabajadoras. Así, el grupo en estudio quedó conformado con 170. La sustitución no fue posible por haberse aplicado el estudio a toda la población femenina de dicho centro laboral.

La distribución por grupos de edad, tanto de la población estudiada, como de la población que no respondió el cuestionario, se puede observar en el cuadro 1. Es notorio que la distribución

porcentual es similar, aunque la trabajadoras que no respondieron conforman un grupo ligeramente más viejo. Las diferencias, sin embargo, no son significativas. Por otro lado, se puede observar que la mayoría de la población es menor de 40 años e incluso entre el 75 y el 85% menor de 50. Así, con esta información, el análisis no se ve afectado, por lo menos en lo que compete a la población que no respondió. Esto significa que la información puede ser válida para toda las trabajadoras de la UMF. Además, dado que la mayoría de las trabajadoras estudiadas son relativamente jóvenes, se puede concluir que los hallazgos sobre la morbilidad mental no pueden ser, en rigor, atribuidos a la edad.

Cuadro 1

COMPARACIÓN POR GRUPOS DE EDAD
DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA Y DE LA NO RESPUESTA

EDAD	ESTUDIADA		NO RESPUESTA	
	No.	%	No.	%
Hasta 39 años	80	47.1	20	42.6
De 40-49 años	65	38.2	15	31.9
50 años o más	25	14.7	12	25.5
TOTAL	170	100.0	47	100.0

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Con la antigüedad pasa algo similar a la edad. Como se observa en el cuadro 2, la distribución por antigüedad entre la población encuestada y la que no respondió el cuestionario es casi idéntica. Así, esta variable no sesga la información para que el estudio sea representativo de todas las trabajadoras de la UMF. Es notario que casi el 60% de las trabajadoras tienen una antigüedad de entre 10 y 19 años. Menos del 20% tienen una antigüedad en la institución menor de 10 años, lo que deja claro,

más si consideramos las condiciones de trabajo actuales en México, que es una población con un largo "tiempo de exposición".

Cuadro 2

COMPARACIÓN POR GRUPOS DE ANTIGÜEDAD
POBLACIÓN ESTUDIADA Y NO RESPUESTA

ANTIGÜEDAD	ESTUDIADA No.	%	No RESPUESTA No.	%
Hasta 9 años	30	17.6	8	17.0
10-19 años	98	57.6	27	57.5
20 años o más	42	24.7	12	25.5
TOTAL	170	100.0	47	100.0

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Se analizó a esta población con la idea de conocer algunos aspectos acerca de: sus condiciones de vida, el tipo de trabajo que realizan y la percepción que tienen sobre el mismo, el tipo y características de los estresores laborales y el tipo y la frecuencia de los trastornos psíquicos y psicosomáticos.

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 y una encuesta individual de autollenado, validada en población trabajadora mexicana.

Por medio de la nómina del centro de trabajo se recabaron algunas de las variables demográficas fundamentales. Se controlaron, de manera rigurosa, algunas variables confusoras como la edad y, cuando fue el caso, la antigüedad.

Con la guía de observación se recogió información sobre las características del trabajo, del puesto y de las condiciones ambientales del centro laboral. Con la encuesta se obtuvo

información sobre algunas características de las tareas, condiciones de vida, condiciones subjetivas de las trabajadoras, apoyo social, exigencias en el proceso de trabajo y sintomatología psíquica y psicosomática.

La captura de los datos se realizó con el Programa Simplificado de Trabajo y Salud (PSTS) y con el Dbase III plus. El procesamiento y el análisis estadístico se hizo con el Epiinfo y el Statistical Analysis System (SAS).

1.3. MARCO DE REFERENCIA.

En el artículo 123 de la Constitución se legitiman las bases jurídicas y legales de los derechos de los trabajadores. En el año de 1929 se reformó la fracción XXIX del mencionado artículo para establecer la necesidad de considerar "de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social." En 1934 la Ley de Trabajo y de la Previsión Social planteaba la creación de un organismo descentralizado, de administración tripartita, sin intereses de lucro, para otorgar a los trabajadores asalariados las siguientes prestaciones: en especie, en dinero y en servicios. De esta manera el trabajador recibiría atención médica, y en caso de incapacidad, el pago de indemnización por daños a la salud, entre otras cosas. (Molina, 1989)

En 1943 se crea la Ley del Seguro Social, en cuyo artículo 2º quedó estipulado lo siguiente: "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.

Las prestaciones en especie que ofrece el IMSS a los derechohabientes (familiares de los trabajadores) son: la atención médica y quirúrgica, la atención farmacéutica, rehabilitación, órtesis y prótesis, tiendas de autoservicio, guarderías y centros vacacionales y de recreación social. Además de éstas, los asegurados (trabajadores) tienen prestaciones en dinero, tales como: pago de incapacidad por enfermedad general y accidente de trabajo.

A partir del 1 de julio de 1997 entró en vigor la nueva Ley del Seguro Social, y todos los rubros de seguros cambiaron quedando de la siguiente manera: Seguro de Enfermedades y Maternidad, Seguro de Invalidez y Vida, Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales, Seguro de Riesgos de Trabajo, Seguro de Retiro Cesantía en Edad Avanzada y Vejez.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) está organizado de manera que proporciona asistencia a los derechohabientes en las diferentes unidades médicas. Éstas se encuentran clasificadas en tres niveles de atención: el primero (atención primaria a la salud) corresponde a las unidades de medicina familiar (UMF); los objetivos principales son la prevención y detección de los padecimientos más comunes. El segundo nivel corresponde a los hospitales generales de zona (HGZ); los objetivos principales son proporcionar medios de asistencia que ayuden a definir el

diagnóstico de los padecimientos que requieran de estancia hospitalaria para lograr la recuperación. El tercer nivel de atención corresponde a los centros médicos (unidades médicas de alta especialidad); los objetivos son conceder atención médica a la población que requiera asistencia médica de mayor complejidad.

La organización de la seguridad social en México ha cobrado una enorme importancia gracias a todos los rubros que incluye, de manera que los principales están dirigidos a proporcionar asistencia médica y prestaciones en dinero.

La demanda de atención en el IMSS es muy amplia. Con excepción de los últimos años su crecimiento fue importante, tanto de la población trabajadora (asegurados) como de sus familiares. Esta razón ha propiciado que los centros de atención con que cuenta, ya no sean lo suficientemente amplios para mantener el servicio con la debida funcionalidad. Tal es el caso de la UMF7. Inicialmente tenía una construcción y servicios suficientes para atender a los usuarios adscritos. Sin embargo, el incremento del número de usuarios ha originado la necesidad de efectuar ciertas modificaciones que permitan mantener el servicio y la asistencia en condiciones favorables de funcionalidad. Así, se han creado nuevos espacios físicos o se han ampliado.

Éste es el caso del área de admisión médica continua, la cual ha sufrido modificaciones: la superficie tiene mayor dimensión, de modo que el espacio físico ha aumentado, se crearon pequeñas subsecciones y, de esta manera, se mejoró la prestación de los servicios de dicha área.

Otra de las áreas que ha sufrido modificaciones, es la sala de espera del laboratorio clínico. En la actualidad la superficie tiene mayor extensión, también se crearon pequeños cubículos que son usados durante la toma de muestras y esto permite que se realice más ordenadamente esta etapa.

El módulo de fomento a la salud es nuevo. Hoy día se encuentra en proceso de adaptación. El principal objetivo de éste es promover y hacer extensivas las recomendaciones y medidas necesarias para lograr el mejoramiento de la calidad de vida de los derechohabientes. Ellos tienen oportunidad de proponer y sugerir actividades.

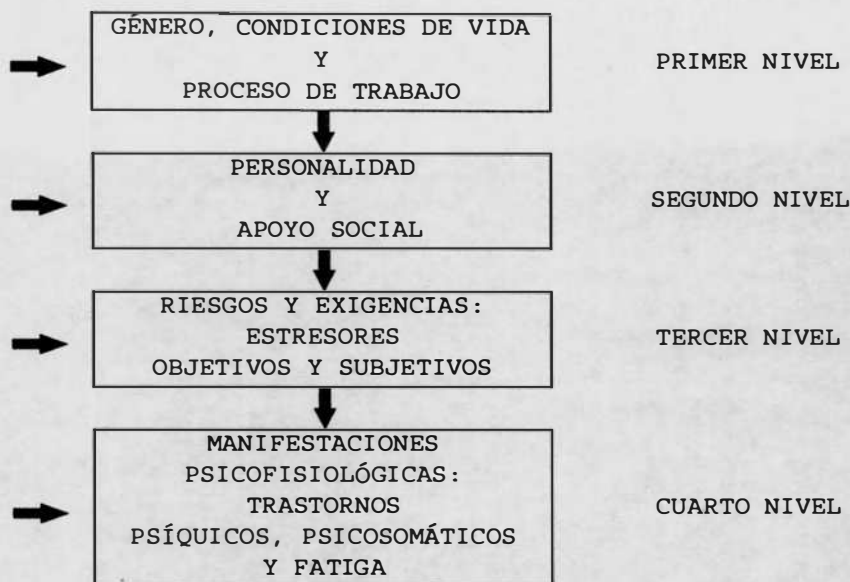
Además, la UMF tiene organizados programas específicos de salud pública para la prevención de algunos padecimientos, tales como: las gastroenteritis infecciosas, la deshidratación, infecciones de vías respiratorias y parasitosis intestinales. Estos programas, generalmente, se difunden por los medios de información o por medio de campañas extramuros: "casa por casa".

En resumen, las actividades que se realizan en la UMF tienen como objetivo principal reducir las tasas de morbi-mortalidad de la población derechohabiente adscrita, mediante la difusión de los programas de Salud Pública. Esta población, se encuentra distribuida de la siguiente manera: 78,911 hombres adultos, 87,647 mujeres adultas y 24,442 niños, lo que da una cobertura total de 191,000 personas.

1.4. MARCO CATEGORIAL.

Para efectuar el estudio se consideró útil crear un marco categorial que pudiera explicar las relaciones entre las condiciones de vida y de trabajo, objetivas y subjetivas, y los problemas de salud mental de las trabajadoras. Para ello, fue necesario entender algunos conceptos fundamentales y las relaciones que guardan entre sí.

Tras diversas formas de intentar adentrarse en este problema, se tomó la decisión de abordarlo en cuatro planos o niveles diferentes. El primero incluye el de los determinantes, entre ellos, algunos elementos de las condiciones de vida y de trabajo. El segundo se refiere a las relaciones intersubjetivas y del propio sujeto (como la personalidad y los apoyos sociales). El tercero trata de los mediadores, es decir, los riesgos y las exigencias (estresores), tanto objetivos como subjetivos. Por último, el cuarto nivel se refiere a las manifestaciones psicofisiológicas, en este caso particular, el estrés y los trastornos psíquicos y psicosomáticos. Es evidente que estos aspectos guardan una relación íntima y se retroalimentan entre sí. En ocasiones, incluso, es difícil ubicarlos en alguno de estos niveles, ya que tienen presencia en varios de ellos o, en otras palabras, permean varios niveles. Sin embargo, en un esfuerzo de abstracción y de mostrar esta relacionalidad se adoptó la posición de presentarlos como se muestran en el esquema siguiente.



2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

2.1. GÉNERO Y CONDICIONES DE VIDA.

Este apartado pretende ubicar, de manera breve, la relación existente entre las labores domésticas y otras actividades extralaborales con el trabajo asalariado y la condición de ser mujer. Esta triada establece problemas complejos que son difíciles de desentrañar, y que presentan claramente una situación conflictiva para el estudio y la causalidad de los trastornos psíquicos y psicósomáticos. Dicho de otra manera, el conjunto de estos elementos influye en la aparición de los trastornos, por lo que su estudio es complejo. En esta investigación, se trataron de analizar algunos de los elementos,

de las tres esferas mencionadas, que más influencia tienen sobre la salud mental.

Tradicional y culturalmente a la mujer se le ha adjudicado, y ella misma lo ha asumido, un rol estereotipado con ciertas funciones muy específicas. Una de las principales parecería ser que ella tiene que ocuparse y dedicarse incondicionalmente a las actividades domésticas (limpieza de la casa, cocinar, planchar, cuidar hijos, atender los pagos de servicios), es decir, en un sentido amplio, mantener satisfechas las necesidades del hogar.

La crisis económica, por otro lado, ha generado demandas. Una de las más frecuentes es la necesidad de incrementar los ingresos económicos para la estabilidad de la familia. Como consecuencia de ello, una gran mayoría de mujeres han tenido la necesidad de colocarse en algún sitio del aparato productivo, para la obtención de mayores ingresos que permitan mantener satisfechas sus propias necesidades, y las de la familia. Todo esto ha obligado a la mujer a mantenerse fuera del hogar durante varias horas. El tiempo necesita distribuirlo, tanto para atender sus propias necesidades, como las del hogar, pero también para cumplir con el trabajo asalariado. Esta dinámica conlleva cambios importantes provocados por el desgaste tanto físico como mental, lo que afecta no sólo la percepción sobre su propia persona, sino también sobre la dinámica familiar.

Hoy día la mujer ha buscado alternativas que le ayuden a solucionar las cargas del trabajo doméstico. Aunque no es común en nuestro medio, algunas mujeres trabajadoras, que combinan gran cantidad de actividades, han optado por contratar a una persona que atienda las labores del hogar. Sin embargo, para la mayoría

de las mujeres, ésta no es una alternativa, precisamente por las dificultades económicas que ello conlleva.

Algunos estudios recientes han demostrado los efectos que tienen las formas de inserción de las mujeres en los diferentes espacios donde interactúan. Así se pudieron identificar diferencias significativas entre las mujeres que se dedicaban únicamente al hogar y aquéllas que combinaban estas actividades con el trabajo asalariado.

Uno de estos estudios, efectuado en tres grupos de mujeres, dedicadas a distintas actividades, demostró que cada grupo experimentaba diferentes niveles de bienestar psicológico. La hipótesis inicial planteaba: la mujer trabajadora -que tiene un mayor control sobre su trabajo- podría experimentar mayor bienestar psicológico en comparación con las mujeres que tenían bajo control sobre su trabajo, al igual que aquéllas que nunca habían tenido un trabajo asalariado.

La hipótesis se confirmó al mostrar que las mujeres con alto control en su trabajo tenían menos estrés que aquéllas que tenían bajo control en su trabajo o las que exclusivamente se dedicaban al hogar. Para reforzar los hallazgos, además, no se encontraron diferencias significativas, en relación con el estrés, entre estos dos últimos grupos.

Aunque la creencia es que la mujer que combina actividades domésticas y profesionales experimenta mayor estrés, esta idea es falsa. Tal parece que esta combinación de actividades representa un reto, mediante el cual las mujeres obtienen mayor bienestar,

a diferencia de aquéllas que solamente se dedican al hogar y que, por esta razón, experimentan menor bienestar. (Lenon, 1992)

Otro estudio (Vite, 1990) similar, demostró que la antigüedad laboral influye en la autoestima de las madres trabajadoras. Las mujeres con menor antigüedad en el trabajo re-
menor autoestima como trabajadoras que aquéllas con mayor antigüedad, ya que estas últimas se evalúan positivamente. Sin embargo, ambos grupos de mujeres se califican negativamente como amas de casa. Empero, en aquéllas con menor antigüedad, el sentimiento negativo es menor, de igual manera ocurre con el rol de esposas.

Las fuentes de satisfacción y bienestar personal son múltiples. Algunos estudios (Estryn, 1990) han demostrado que la mujer puede cumplir integralmente con las demandas de su trabajo asalariado y, además, es capaz de combinar diferentes actividades, sin perder el equilibrio mental. De la misma manera, se ha encontrado que la mujer trabajadora tiene mayor responsabilidad en el cuidado y atención de los hijos. (Estryn, 1990)

Bajo estos planteamientos, las diferencias de género en la especie humana son básicamente culturales, más que naturales. Así, los hombres reciben diversos mensajes acerca del "deber ser", tales como: ser fuertes, hacer las cosas con rudeza, ganar mucho dinero y tener un buen puesto. Para cumplir con este rol y las funciones consecuentes (ser el principal soporte familiar, el jefe de familia y el proveedor de las necesidades económicas), el hombre, frecuentemente, no admite que necesita ayuda para manejar problemas de estrés.

Por otro lado, las demandas sociales para las mujeres son diferentes: el rol social se cumple mientras consiga mantener en armonía las relaciones de pareja, del trabajo profesional y de los colegas. La mujer tiene permiso social de ser ama de casa, por consecuencia no es indispensable que se mantenga empleada. Tal parece que la mujer trabajadora, lo que consigue con su empleo es obtener satisfacción personal, e incrementar su autoestima, a pesar de que son tanto o más capaces que los hombres para desempeñar cualquier trabajo. (Phelps, 1991)

La educación de las mujeres ha sido dirigida de tal manera que aprenden a manejar las demandas de su familia, trabajo y casa al mismo tiempo. Así, ellas suelen tener varios roles: son madres, hijas y profesionistas a un mismo tiempo y logran responder a las demandas de cada uno de estos roles. Las mujeres pueden manejar dichas situaciones porque están adaptadas a esta realidad. (Phelps, 1991)

2.2. GÉNERO Y PROCESO DE TRABAJO.

La intención de este apartado es resaltar brevemente algunos aspectos teóricos e históricos, generales y específicos, sobre lo que se entiende por proceso de trabajo y sobre los elementos que lo conforman.

El surgimiento del hombre en la tierra, su creación y permanencia como sujeto social, ha sido posible, en primer lugar, gracias a la satisfacción de sus necesidades esenciales, por medio del trabajo y del consumo.

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 ganancia, básicamente mediante la explotación de los trabajadores. Pasa, así, a un plano secundario la satisfacción de sus necesidades, empezando por el trabajo mismo. (Noriega, 1989)

Para entender este proceso es necesario descomponerlo en sus elementos centrales, a saber: los objetos de trabajo, los medios de trabajo, el trabajo mismo y las formas de organización y división del trabajo.

Los objetos de trabajo son los elementos sobre los que se actúa y que se van transformando durante el proceso. Pueden existir varios de éstos de manera simultánea.

Los medios de trabajo son, como su nombre lo indica, aquellos elementos que median entre los trabajadores y los objetos. Abarcan pues desde la mano del hombre, pasando por las herramientas, máquinas y equipos computarizados hasta, en un sentido amplio, las instalaciones de los propios centros de trabajo.

El trabajo, la actividad humana, es el elemento central de este proceso y el que diferencia, sustancialmente, al hombre de otros animales. El hombre así, además de crearse en el propio trabajo, satisface sus necesidades.

El ser humano mediante esta actividad, utiliza y aplica su intelecto traducido en habilidad y capacidad creativa con un fin

determinado. Así, el trabajo, lejos de ser nocivo para la salud es el principal contribuyente para el adecuado desarrollo de la especie humana. 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.

La organización y división del trabajo permiten ordenar y sistematizar el uso de los instrumentos y la actividad de los propios trabajadores. En ciertas condiciones, mediante estas formas de organización, se pueden mejorar las actividades de los trabajadores y, también, se puede despojar a éstos del control sobre el propio proceso laboral.

Recientemente han surgido teorías relativas al control de este proceso y a su relación con el perfil de salud-enfermedad de los trabajadores, de acuerdo a las características que adopte. Estos autores plantean que todo proceso laboral en el cual el trabajador no ejerce control sobre el mismo, pueden potenciar la aparición de serios trastornos mentales. Así, se han propuesto algunos modelos que explican esta situación. En estas investigaciones se señala que el control es una variable moderadora porque, de alguna manera, determina las consecuencias que se obtienen del aprendizaje en sentido positivo o negativo. 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 personalidad ha desarrollado. Todo esto es posible gracias a las experiencias de un proceso de enseñanza-aprendizaje. Incluso, durante dicho proceso, el trabajador puede adaptarse a determinadas circunstancias y, así,

conseguir un bienestar psicológico mientras no encuentre otra alternativa. (Karasek, 1990)

En un estudio, Hall consideró las diferencias de la organización y división del trabajo por el control que se ejerce en el trabajo y por género. Entre los resultados que encontró están los siguientes:

Los trabajadores de cuello blanco (profesionistas) tienen mayor control sobre su trabajo debido principalmente a la diferencia de actividades y funciones, en relación con los trabajadores de cuello azul (obreros). La diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Asimismo encontró que los hombres tienen mayor control en el trabajo que las mujeres ($p < 0.001$).

Se puede suponer que la experiencia de la mujer es diferente a la del hombre en cinco puntos:

1. Hombres y mujeres se encuentran confinados en trabajo que sexualmente son altamente segmentados.
2. La mujer tiene menos opciones ocupacionales que los hombres.
3. La mujer tiene menor control sobre el contenido y el proceso del trabajo que el hombre.
4. La mujer tiene menor control en el trabajo, aun cuando la mujer esté dentro de los trabajos de segmentos femeninos.

5. Los estudios revelan, para ambos sexos, una interacción sustantiva y estadística entre las clases y el género en relación con el control en el trabajo. (Hall, 1989)

Las **nuevas tecnologías y formas de organización** y división del trabajo 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.

Aronson (1989) muestra el efecto que tiene el control del trabajador, a nivel individual y colectivo, sobre el estrés, la enfermedad y la reducción de riesgos del ambiente laboral. Él afirma, a partir de otros autores, que las sobrecargas y subcargas -cualitativas y cuantitativas- actúan como estresores, con los consecuentes efectos nocivos que, a largo plazo, pueden causar daños a la salud. Así, el impacto psicofisiológico del ambiente de trabajo está determinado por un proceso dinámico -de transacción- en el cual los recursos del individuo son enfrentados a las demandas de trabajo.

Una de las principales formas, en que se puede **contrarrestar el efecto de los estresores**, es cuando el trabajador puede ejercer control sobre la ocurrencia de los eventos externos, en cuanto a las condiciones y procesos de los mismos. Para este autor hay "control" cuando el individuo puede ejercer determinada influencia en la ocurrencia de las respuestas y, entiende por "participación", la oportunidad que tiene el trabajador de ejercer un rol significativo en la ocurrencia de los eventos.

Cuando han ocurrido experiencias adversas, se posibilita que el individuo desarrolle un modelo de enfrentamiento estereotipado. Así, el individuo, como respuesta a su proceso enseñanza-aprendizaje, experimenta, durante la ocurrencia de efectos emocionales en situaciones de **no control**, ciertas reacciones comunes, como la **ansiedad** y el **miedo** y, si además se prolongan dichas situaciones, los efectos serán más graves y pueden sobrevenir trastornos como la **depresión** y **trastornos psicosomáticos**.

En procesos altamente integrados, con avanzada tecnología, el trabajador no puede, individualmente, mantener el control sobre el trabajo. Esto se debe a que este proceso envuelve a un gran número de trabajadores, sin embargo, se abre la posibilidad de mantener un control colectivo, lo que **reduciría claramente los niveles de estrés**. (Aronson, 1989)

En un estudio efectuado, en una compañía que tenía un proceso de **democratización** avanzada, que incluye autonomía en el nivel departamental y codeterminación a nivel de la compañía, se encontraron indicadores interesantes sobre democratización (control colectivo e individual) y estrés. (Gardell, 1982)

En los **grupos autónomos**, el 16% de los trabajadores reportaron que a menudo sentían que tenían mucho que hacer, comparado con el 10% de los grupos no autónomos. Sin embargo, el cansancio fue la manifestación más común reportada por los trabajadores del grupo no autónomo, comparado con el grupo autónomo. Parece contradictorio, sin embargo, la autonomía permite obtener elementos necesarios para enfrentar el incremento de la carga de trabajo. Según Gardell y Svenson, una sobrecarga es percibida

como una consecuencia inmutable de los grupos autónomos. Es decir, que la autonomía tiene como consecuencia incrementar la responsabilidad durante el incremento de la producción.

Al estudiar los cambios de un trabajo individual, muy parcelado, a un **trabajo colectivo**, se encontró que la **autonomía** estaba relacionada con varios aspectos, entre ellos: el individuo tiene mayor oportunidad de planear su trabajo y asimismo su ejecución; **disminuye el sentimiento de baja estimulación y monotonía** porque se percibe la presencia de mayores desafíos; una mayor unión entre los trabajadores, lo cual genera mayor seguridad entre los mismos ante el impacto de los avances tecnológicos, mejora la relación obrero patronal; se pueden **compartir responsabilidades** dentro del sistema de producción y, por lo tanto, hay un ambiente de mayor **solidaridad**.

Con todo lo anterior, podemos observar que el proceso de trabajo es más colectivo, con menos tomas de decisiones individuales y mayor independencia. Así, entonces, el **control** se convierte en una autonomía de habilidades dentro de un contexto colectivo y, de esta manera, es posible conseguir una mayor **activación** individual.

Sin embargo, no sólo el control individual y colectivo es importante para evitar o reducir el estrés y los trastornos psíquicos y psicosomáticos. Algunas de las viejas formas de organización del trabajo y otras nuevas han hecho que el control o la **supresión de la exigencias** laborales sean elementos imprescindibles en el combate contra las condiciones nocivas de trabajo y de salud. Ejemplos de estas exigencias son: las prolongadas jornadas de trabajo, la rotación de turnos, el

acelerado ritmo de trabajo, la ausencia o escasez de pausas y descansos, el elevado grado de atención, el trabajo repetitivo y monótono, la supervisión estricta, las posiciones incómodas y forzadas, entre otras. También desde esta perspectiva hay que considerar **los riesgos laborales que pueden convertirse en estresores** o potenciadores de las exigencias referidas, tal es el caso del ruido, la deficiente iluminación, los polvos, humos, gases y los agentes biológicos con los que interactúan los trabajadores.

La manera como se combinan estos riesgos y exigencias en los diferentes puestos de trabajo definen o delimitan perfiles específicos de salud-enfermedad.

2.3. EL PROCESO DE TRABAJO EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

El sector llamado "terciario" o de los "servicios", donde se ubica esta investigación, tiene características propias que lo diferencian de los otros sectores de la economía. Por eso, es importante resaltar algunas de sus peculiaridades que expliquen los riesgos y las exigencias a las que están expuestas estas trabajadoras, como resultado de su actividad, y la relación que guardan estos aspectos con problemas de salud.

2.3.1. EL SUJETO DE TRABAJO.

El proceso de trabajo de los servicios de atención a la salud y a la enfermedad, llamado, de manera reducida, de los "servicios médicos" se caracteriza por tener un objeto principal de trabajo muy particular, ya que este es un sujeto (paciente). Esto no sólo

hace difícil equipararlo con otros objetos, sino cuestiona el hecho mismo de hablar de objeto cuando, en realidad, éste es un sujeto o un grupo de sujetos.

Así, el elemento central del trabajo asistencial es un paciente, sano o enfermo, que recibirá atención y que, inevitablemente, estará inmerso en ciertas transformaciones necesarias para lograr su recuperación. El planteamiento de Mendes (1984), uno de los autores que más ha trabajado esta temática, consiste en afirmar que el sujeto de este proceso es un portador de necesidades y que tiene naturaleza fisiológica, psíquica y social. Por este motivo, durante el proceso de atención ningún ser humano puede ser separado de cualquiera de estas tres naturalezas. Así, las necesidades de todo paciente tendrían que ser atendidas integralmente.

2.3.2. LOS MEDIOS DE TRABAJO.

En un seguimiento del autor mencionado, éste plantea que en la práctica asistencial -que llevan a cabo los trabajadores de la salud- se pueden reconocer tres grupos de medios de trabajo.

El primer grupo está referido al conocimiento teórico que los trabajadores de la salud tienen sobre los sujetos (pacientes u otros) con los que interactúan y que involucra, por parte del trabajador, su capacidad intelectual. Esto posibilita el acercamiento al sujeto, objetivo de su práctica.

El segundo grupo 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.

El tercer grupo corresponde a todos aquellos instrumentos materializados, que hacen posible la aplicación del conocimiento durante la práctica médica. Éstos van desde las unidades médicas modernas, con todos los recursos materiales, diseñadas de tal forma que permitan efectuar la práctica médica con la máxima funcionalidad, hasta los materiales de curación, instrumental médico quirúrgico y equipos manuales y electromédicos con aplicaciones diagnósticas y curativas. La tecnología de la bioingeniería aplicada ha tenido un gran impacto en el campo de la práctica médica. Se cuenta con el apoyo de equipo paramédico con las múltiples aplicaciones tanto en equipo de diagnóstico (Rx, ultrasonido, microscopios electrónicos, electrocardiógrafo, etcétera) como terapéuticas (equipos generadores de rayo láser y de radiaciones de cobalto, entre otros).

2.3.3. EL TRABAJO Y LA PRÁCTICA MÉDICA.

En la práctica médica es necesario establecer diferencias entre las etapas y los tiempos en que se efectúa el proceso de atención, aunque el tiempo es difícil de predecir.

En la primera etapa, en el mejor de los casos, el paciente acude oportunamente a la unidad médica. El médico valora y diagnostica el estado de gravedad del paciente y recomienda medidas terapéuticas.

En la siguiente etapa del proceso de atención, cada integrante colaborará con su función específica para alcanzar la recuperación del enfermo ("transformación" como menciona el autor). Es preciso mencionar que durante esta etapa es necesario contar con la colaboración del enfermo. Es claro que el éxito de la recuperación no depende, totalmente, de la práctica directa del equipo de salud. Además se precisa del seguimiento que el enfermo quiera darle a los tratamientos recomendados. Así, la duración de los tratamientos depende en gran medida de la práctica integral del equipo de salud, de la efectividad del mismo y de la colaboración del propio enfermo. Por estas razones es difícil precisar con exactitud el tiempo de recuperación de los pacientes.

Mendes menciona que la práctica médica, en determinado momento histórico, tuvo carácter caritativo, es decir, la práctica asistencial se proporcionaba gratuitamente sin ninguna distinción de sexo, raza o condición social. El desarrollo histórico y la influencia del capitalismo, en particular, vino a transformar toda esta ideología. Fueron creados grandes organismos de servicios médicos con el firme propósito de mantener a la fuerza de trabajo en condiciones adecuadas para la producción.

Por ello también existe una distinción entre la práctica médica privada y la institucional (al servicio del aparato productivo). Hay diferencias relativas entre las dos, según la modalidad en que se efectúa la atención y se cobran los honorarios. Para recibir atención en la práctica privada el usuario elige libremente al consultante y al momento de finalizar la consulta liquida los honorarios que causó la misma. En el caso de la práctica institucional los usuarios son afiliados a una

institución, y la forma en que se concede la atención se encuentra normada por la misma institución. Los honorarios que causan los servicios médicos son liquidados mediante una cuota que se descuenta por medio del salario que devenga cada trabajador.

Así, surgen los intereses de las instituciones que se encargan de normar el estilo con el que califican las lesiones físicas provocadas durante el ejercicio del trabajo o fuera de éste. Asimismo, estas instituciones determinan los tratamientos, según sus propios intereses. Por consecuencia los dictámenes médicos estarán predeterminados por los intereses institucionales.

Este punto de vista interfiere de manera importante la práctica médica y los servicios de atención a la salud, así como los objetivos de las técnicas médicas orientadas al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos.

Esta orientación de la práctica médica, de igual manera, no es imparcial, ya que la prueba de que un trabajador se encuentra sano o enfermo se determina por la capacidad que tenga para desempeñar las funciones de su puesto. Esto ocurre con cualquier trabajador de cualquiera de las ramas laborales. Si la lesión que sufrió, le permite efectuar su actividad, no hay razón suficiente para que no se incorpore a su trabajo. Así, si un trabajador dedicado a la docencia sufre una lesión, que aparentemente le permite efectuar su actividad, no hay razón suficiente para que interrumpa su actividad. Sin embargo, en el caso de un trabajador que necesita usar gran parte de su cuerpo y aplicar, sobre todo, la fuerza física para efectuar su trabajo, entonces sí amerita incapacidad médica hasta obtener su completa recuperación.

Entonces la noción de incapacidad se encuentra en función de la productividad y no en función de la lesión.

En este contexto, la práctica médica ha estado influenciada por intereses económicos, que determinan en gran medida su visión biológica y unicausal de las enfermedades. Además de que este punto de vista es, en la práctica, todavía el dominante, sirve para apoyar la estructura productiva. En la actualidad, sin embargo, están sucediendo cambios importantes que rebasan esta concepción. Así, el enfoque multicausal de la práctica médica ya es, al menos en la teoría, el más importante y sustenta, como su nombre lo expresa, que las enfermedades son ocasionadas por factores múltiples que interactúan simultáneamente.

Una aportación del enfoque colectivo sobre el proceso salud-enfermedad ha intentado cambiar la noción de estas dos posiciones o tendencias predominantes. Esta visión plantea que las características de los grupos humanos que conforman una sociedad y las condiciones de vida y de trabajo tienen efectos y consecuencias decisivas sobre la salud, la enfermedad y la muerte. (Noriega, 1989)

La división del trabajo en el servicio de atención a la salud se fundamenta en la diferenciación de actividades que efectúan los trabajadores. Mendes (1984) señala dos categorías generales en que se puede separar este trabajo: el intelectual y el manual. Al parecer su posición sustenta que el trabajo intelectual pertenece a la actividad que efectúan los directivos; en cambio, el trabajo manual lo efectúa el personal dirigido.

Difiero de esta concepción de Mendes. La actividad que cada integrante del equipo de salud efectúa incorpora trabajo manual e intelectual. Considero que la división del trabajo en los servicios médicos es relativo a la jerarquía y grado de responsabilidad que cada quien desempeña durante el proceso de atención. Personalmente considero que la división del trabajo estaría más de acuerdo a las funciones que efectúa el personal operativo y el personal directivo.

2.4. PERSONALIDAD Y APOYOS SOCIALES.

Cada persona posee cualidades propias, por lo que es única e irrepetible. A todo este conjunto de características se le ha denominado **personalidad** y los rasgos de la misma están influenciados por factores genéticos (herencia) y otros adquiridos (sociales). En el desarrollo de la **personalidad** se puede observar la influencia de ambos grupos de factores.

Los rasgos de la **personalidad**, matizan el **estilo de afrontamiento** que es propiamente el comportamiento humano. La consistencia del mismo es tan impredecible, justamente por la combinación de tres factores: la persona, la situación y la retroalimentación. (Bandura, 1977)

El **moldeamiento de la conducta** es un proceso en el cual la persona evalúa sus respuestas a los estímulos externos de acuerdo a sus expectativas internas y preferencia propias, para obtener probables resultados. (Morris, 1992)

En definitiva los estímulos externos, combinados con las cualidades internas, contribuyen al desarrollo del **estilo de afrontamiento**. De aquí que las respuestas afectivas a los eventos externos sean muy propias de cada individuo. Sin embargo, los miembros de un grupo que comparten las mismas actividades, sean laborales, culturales, religiosas, políticas u otras, pueden responder de manera muy semejante, sin perder su propia identidad.

Algunos estudios recientes han identificado, a los factores laborales como principales componentes en la producción de estrés y de trastornos mentales en los trabajadores. Se argumenta que estos factores pueden generar efectos en la vida social, psicológica y biológica de los trabajadores (Frankenhaeuser, 1989). Con base en este acercamiento multidisciplinario, esta autora propone un modelo de "esfuerzo-afecto", basado en la interacción entre tres ámbitos: estrés-trabajador-ambiente.

Este modelo biopsicosocial cuenta con elementos que permiten localizar la fuente generadora de estrés, a través de los factores ambientales, y también es posible analizar las consecuencias a nivel individual. Este modelo ofrece la ventaja de incorporar aspectos biológicos a la perspectiva psicosocial, que son de gran apoyo para entender el proceso que relaciona tanto las demandas laborales y el estado de salud del trabajador, con el buen funcionamiento y la eficacia en el trabajo.

Bajo este modelo, que propone la combinación de esfuerzo y afecto, se pueden proponer diferentes patrones que relacionan la actividad del trabajador como activa o pasiva y el afecto que puede verse en un sentido positivo o negativo.

Las respuestas neuroendócrinas estarán en relación a las formas en que se combinen estos elementos del modelo y pueden apreciarse diferentes patrones:

1. Alto esfuerzo y afecto positivo: éste se presenta cuando el trabajador realiza una actividad que le permite un alto grado de control y autonomía, lo cual significa que puede aplicar ampliamente su creatividad. Durante este estado se aprecia un incremento en la secreción de catecolaminas y bajo cortisol.

2. Bajo esfuerzo y afecto positivo: el trabajador se encuentra física y mentalmente descansado y las hormonas de estrés se encuentran en un nivel bajo.

3. Alto esfuerzo y afecto negativo: dicho estado se caracteriza por la elevada presión para hacer el trabajo, por tanto existe bajo control, y en este estado la secreción de cortisol y catecolaminas se incrementa.

4. Bajo esfuerzo y afecto negativo: este estado se caracteriza por sentimientos de debilidad, falta de control y sentimiento de darse por vencido. Las catecolaminas y el cortisol se encuentran elevadas.

Entre las cosas interesantes que muestra este modelo están:

1. Que la organización y división del trabajo puede modificar la conducta del individuo. Esto puede ocurrir cuando el individuo se encuentra en situaciones con demandas altas y un control bajo de la situación. Así, puede sobrevenir tanto estrés fisiológico como psicológico, incluso degenerar en una posible enfermedad.

2. Que el control personal puede contituirse en un amortiguador del estrés, por medio de dos formas: a) reduciendo la insatisfacción laboral y las respuestas corporales al estrés y b) ejerciendo control sobre las tareas para mejorar el desarrollo de las actividades. Esto permite, a su vez, incrementar la autoestima y evocar afectos positivos y buen humor.

3. Que es importante incorporar el apoyo social como elemento importante que influye en el estilo de afrontamiento, ya que este aspecto puede tener un efecto amortiguador y, por lo tanto, disminuir el riesgo de daño a la salud. De la misma manera, la autoestima es un factor importante que tiene un efecto protector para que el individuo pueda afrontar los sucesos adversos de la vida.

Estos elementos permitirán que los efectos en la salud del trabajador sean diversos, dependiendo de como se articulen en cada caso sus condiciones objetivas (de vida, de trabajo, de riesgos y exigencias) y sus condiciones subjetivas (personalidad y apoyos sociales).

2.5. ESTRESORES OBJETIVOS Y SUBJETIVOS.

En el proceso de trabajo de los servicios médicos también se encuentran presentes riesgos y exigencias. Esto se debe a que éstos son consecuencia de las características que adoptan los elementos hasta aquí mencionados: sujetos (pacientes), medios de trabajo, actividades que desarrollan los trabajadores, formas en que está organizado el proceso y formas de afrontamiento. Si bien es cierto que el trabajo como actividad humana le permite al

hombre desarrollar sus capacidades mentales y físicas, también es cierto que la actividad que los trabajadores de la salud efectúan, contiene elementos que al momento de interactuar, pueden ser potencialmente nocivos o generadores de enfermedad para el conjunto de trabajadores y para cada uno de ellos.

Dentro de estos elementos potencialmente nocivos, los que se encuentran con mayor frecuencia en el proceso de trabajo de los servicios médicos son **las exigencias laborales**, o sea, aquellos elementos derivados del trabajo propiamente dicho y de sus formas de organización. Sin embargo, también están presentes, de una manera importante, **los elementos (estresores) subjetivos**, o sea, la percepción que los trabajadores tienen sobre las condiciones objetivas.

En un estudio, basado en una revisión bibliográfica, sobre las alteraciones mentales que más frecuentemente se encuentran asociadas con los trabajadores que se dedican al cuidado de la salud (Lepanen, 1987) se encontraron, entre los principales hallazgos, que la mayor parte de los trabajadores, consideran su actividad como un **trabajo de retos** y de alguna manera sienten que alcanzan una **satisfacción** con ella. Sin embargo, creen que para afrontar estos retos es importante que exista un **equilibrio** entre las demandas ocupacionales y las características personales, para que esto no represente una causa de subcarga y o sobrecarga de trabajo. En este caso la **capacitación** del trabajador se encuentra íntimamente relacionada con las características y requerimientos para desempeñar el puesto. En consecuencia la salud puede ser afectada tanto de manera positiva como negativa. En esta investigación se apunta que la probabilidad de que sobrevenga un desequilibrio puede ocurrir cuando el individuo percibe un

ambiente desfavorable y, por lo tanto, la consecuencia puede ser un estado de estrés.

En este tipo de trabajadores, por la manera en que está organizado su trabajo, generalmente existe una **sobrecarga cuantitativa**. Junto a esto, uno de los estresores que más sobresale es la **excesiva responsabilidad**, dado que el trabajo se centra precisamente en la seguridad de los seres humanos en los cuales aplica su conocimiento. Otro de los estresores conocidos es la **ambigüedad** en las actividades que se realizan, es decir, cuando no hay claridad suficiente de cuáles son las tareas que se deben desempeñar. Por consecuencia, si hay claridad en las responsabilidades y funciones durante el desarrollo del trabajo el resultado será satisfactorio. Sin embargo, en el caso contrario las consecuencias pueden ser lamentables. (Lepanen, 1987)

Hasta el momento son pocas las empresas que valoran el **bienestar y la satisfacción de los trabajadores** en el desempeño de sus actividades laborales. Sin embargo, todo individuo requiere satisfacer sus necesidades fisiológicas (respirar, comer, dormir), físicas (seguridad económica, de esparcimiento), sociales (filiación con grupos humanos) espirituales y psicológicas (autorrealización). Si se quisiera dar valor a estas necesidades cualquier centro de trabajo podría reunir condiciones mínimas de bienestar para los trabajadores.

Desde las características ambientales, un centro de trabajo podría reunir condiciones mínimas de "confort" para que los trabajadores experimentaran bienestar mientras efectúan su actividad. Esto se podría conseguir si el ambiente mejorará, lo

que seguramente originaría que la expectativa de los trabajadores fuera más positiva.

Los espacios reducidos, la iluminación y ventilación inadecuadas, el calor y el ruido excesivos, las instalaciones inseguras, y muchos otros, son aspectos que pueden ocasionar daños orgánicos y mentales. Muchas de las nuevas formas de organización laboral impiden a los trabajadores desarrollar sus potencialidades mentales lo que, entre otras cosas, puede provocar un sentimiento de devaluación.

Los hallazgos más comunes en los estudios de diferentes corrientes señalan como **principales estresores**: sobrecarga cuantitativa, inseguridad, ambigüedad y conflicto en el desempeño de la actividad, rotación de turnos, trabajo nocturno, prolongación de la jornada, así como poca adecuación para que los profesionales incrementen su calificación.

Los trastornos psíquicos y psicosomáticos pueden estar originados tanto por los factores ambientales o por el mismo trabajo y sus formas de organización, como por las características de la personalidad del propio trabajador, las condiciones familiares y el estilo de vida. Las investigaciones sobre esta temática se enfrentan a la difícil tarea de fijar límites entre los elementos intralaborales y extralaborales. Sin embargo, desde otra perspectiva ésta puede ser una falsa disyuntiva, ya que, como la fuerza de trabajo misma (una mercancía) no se separa del trabajador durante su trabajo, tampoco pueden hacerlo los otros aspectos mencionados.

Un estudio efectuado en la industria japonesa, tenía como objeto encontrar la relación de los factores psicosociales con la problemática de desórdenes depresivos. Las exigencias que se tomaron en cuenta fueron: posiciones forzadas, velocidad para efectuar la actividad, precisión, tiempo e intensidad de la actividad, rigidez del horario y de la actividad, tareas rutinarias, monotonía, creatividad y autonomía. Entre los factores sociales estaban: normas, organización de la empresa, ritmos, horarios y condiciones generales del trabajo. (Kawakami, 1990). Para este mismo estudio se tomaron en cuenta las siguientes características personales: experiencia, conocimiento de la tarea, personalidad y percepción del trabajador acerca de la carga de la tarea. En este estudio se encontró que mientras no haya cierta armonía entre las demandas laborales y las individuales, estas condiciones pueden potenciar la aparición de algunos desórdenes mentales predominantemente de origen depresivo.

En otro estudio efectuado en personal del cuidado a la salud, se identificó que el **trabajo estresante** fue más frecuente en las **trabajadoras de apoyo** (y para las auxiliares en menor grado), mientras que la **carga mental** se manifestó alta en los grupos de enfermeras, en el **personal calificado** de apoyo y otras ocupaciones. La carga mental para el turno nocturno resultó baja a diferencia del turno vespertino en donde fue más elevada. Entre los factores que causaron la carga mental y que generaron mayor estrés están: insuficiente entrenamiento y exceso de tensión debida a los horarios. La antigüedad no tuvo relación significativa con la salud mental. La fatiga se encontró asociada con la carga de trabajo y con el tiempo diario de traslado. (Estryn, 1990)

Otro de los estudios mostró que los **avances tecnológicos** pueden provocar problemas de salud y producir un impacto en la satisfacción de los trabajadores. (Frankenhaeuser, 1976) La importancia principal de esta investigación fue las características del trabajo, con mayor énfasis en los estímulos de **subcarga** y **sobrecarga**, los cuales actúan como estresores agotando las capacidades del organismo. De esa manera, éste necesita, para adaptarse, una amplia gama de estímulos condicionales.

El estudio reveló que los trabajadores con **baja calificación** presentan una **pobre salud mental** y refieren, con frecuencia, trastornos psicosomáticos, asimismo, se encontró que las enfermedades cardiovasculares son más comunes entre los obreros.

El alto grado de **insatisfacción** en el trabajo se asocia con un **índice elevado de morbilidad** derivado de enfermedades del corazón. También la insatisfacción es más común entre los trabajos descalificados y monótonos.

Por último, se encontró que existe una relación sistemática entre las características del trabajo (subcarga y sobrecarga), síntomas de estrés y salud-enfermedad. Estos aspectos se reflejan en los altos niveles de catecolaminas y en la alta frecuencia de trastornos psicosomáticos.

2.6. EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL.

Los estudios sobre el proceso salud-enfermedad mental deben partir de conceptos o nociones que permitan efectuar análisis más

amplios que los que dominan actualmente la psicología laboral, para así evitar los reduccionismos. Es obligado entender las relaciones de este proceso con las condiciones sociales, colectivas e individuales, y con las causas específicas que los originan, así como, proponer alternativas, tanto para su estudio, como para generar acciones pertinentes que permitan afrontarlos.

El comportamiento se encuentra determinado en gran medida por la influencia que ejercen los aspectos sociales combinados con las características de la personalidad. De esta manera, el proceso de trabajo puede influir considerablemente en la salud mental de los trabajadores.

Por ello, para abordar el estudio de esta temática, es necesario tomar en cuenta algunos elementos, tales como: el tipo de actividad laboral, las características físicas y ambientales del sitio de trabajo, las formas de organización y división del trabajo y los riesgos y exigencias derivados de éstas. Además, si el desarrollo de la actividad laboral resulta insatisfactorio, no gratificante y con bajo reconocimiento social, todos estos elementos pueden predisponer, adicionar o potenciar la presencia de trastornos psíquicos y psicosomáticos en los trabajadores.

Bajo estas premisas se pretende adentrar en el estudio de la salud mental. Este campo que es muy pantanoso y presenta dificultades para hacer evaluaciones objetivas y establecer con precisión diferencias específicas entre lo sano y lo enfermo. No es posible precisar un concepto universal de salud o enfermedad mental. Lo más cercano son opiniones de los estudiosos, explicaciones de lo que se podría entender por trastorno mental y salud mental.

Durante mucho tiempo perduró la idea de que la enfermedad mental era un fenómeno mágico. Se relacionaba con el poder sobrenatural que poseían todos aquéllos que se dedicaban a practicar la magia. Naturalmente el resultado final de esta práctica terminaría por afectarlos mentalmente. Con el tiempo este concepto fue desapareciendo. Posteriormente las investigaciones se hicieron más sistemáticas, con un enfoque menos empírico del comportamiento humano. La medicina, a través de la neurología y de la psiquiatría, iniciaron su búsqueda, durante la cual eligieron a la biología para proceder a sus explicaciones.

Algunas investigaciones han desarrollado teorías que permiten entender, de mejor manera, como son los procesos psíquicos para poder explicar el origen y/o causas que producen, los así llamados, trastornos mentales. A través de tres autores se pueden reconstruir algunas de estas ideas.

La primera de estas posiciones considera: que "la distinción entre trastorno mental y normalidad no es clara sino gradual. Esto es así, porque nadie está perfectamente inmunizado de trastornos de algún tipo (sobre todo de trastornos de tipo neurótico). Lo que denominamos "trastorno" es sólo una serie de dificultades personales que obedecen fundamentalmente a las mismas leyes que regulan la psicología y el comportamiento normales". (Jervis, 1977)

Otra posición plantea: "la enfermedad es una construcción social basada en el juicio humano de cierta condición existente en el mundo. En este sentido, al igual que la belleza, depende del espectador." (Conrad, 1977)

En una tercera posición se argumenta lo siguiente: "La noción de enfermedad mental deriva su principal fundamento de fenómenos como la sífilis cerebral o estados delirantes -intoxicaciones, por ejemplo- en que las personas pueden manifestar determinados trastornos de pensamiento y conducta, sin embargo, éstas son enfermedades del cerebro, no de la mente." (Zsasz, 1970)

Sin embargo, algunas posiciones creen que todas las llamadas enfermedades mentales son de este tipo y en donde siempre se encontrará algún trastorno neurológico que explique todos los trastornos del pensamiento y de la conducta. Si esta posición fuera correcta los trastornos mentales no podrían ser causados por necesidades personales, opiniones, aspiraciones sociales y valores de índole conflictiva. Tales dificultades o problemas de la vida serían atribuidos a procesos fisicoquímicos. (Zsasz, 1970)

Las ideas anteriormente señaladas explican cómo han sido calificadas algunas manifestaciones del comportamiento humano. Es notable que cuando éste no coincide con las normas socialmente establecidas, la valoración es unilateral, el o los sujetos en cuestión serán etiquetados y estigmatizados con el rótulo de "enfermos mentales". Por ello es necesario aclarar que el término de "enfermedad mental" es una etiqueta usada comúnmente para calificar como inadecuadas algunas manifestaciones del comportamiento humano.

La estructura del organismo humano posee una cantidad de sistemas conformados por órganos, los cuales funcionan integralmente. Para el presente estudio es importante mencionar brevemente el papel

que tiene la función del sistema nervioso en los trastornos mentales.

Es conveniente señalar que el cerebro es un órgano que forma parte del sistema nervioso, en el cual se efectúan funciones fisiológicas (bioquímicas) y abstractas o mentales, en la mayoría de los casos las enfermedades del sistema nervioso son consideradas como enfermedades mentales, sin embargo cabe señalar que hay diferencias entre ambas.

Las enfermedades cerebrales están íntimamente relacionadas con alteraciones y/o defectos del sistema nervioso, es decir tienen una base orgánica y quizá algunas veces también se acompañan de alteraciones de la conducta. Tal como sucede en los casos de intoxicaciones causadas por sustancias neurotóxicas, en donde se observa una conducta psicótica debido a que el sistema nervioso ha sufrido una alteración durante la misma, es posible que el desorden funcional en la transmisión de la neurona se acompañe además de un patrón de conducta desordenada. (Zsasz, 1970)

La mente es una entidad abstracta del cerebro encargada de efectuar las funciones que no pueden ser medidas mediante pruebas objetivas de laboratorio, entre ellas encontramos el electroencefalograma, determinación de sustancias contenidas en sangre o la exploración física efectuadas por el neurólogo. Sin embargo, las funciones mentales (atención, memoria, emociones, sentimientos, contenido del pensamiento, creatividad) sí pueden ser exploradas y valoradas mediante la aplicación de diferentes pruebas psicológicas, según lo requiera el caso.

Las enfermedades cerebrales y mentales, por lo general, reciben los mismos tratamientos con el tradicional enfoque organicista, con lo cual no se logra obtener la total recuperación para todos los casos, justamente porque cada uno de ellos específicamente requiere un tratamiento particular.

Efectuar el diagnóstico de las enfermedades orgánicas resulta más sencillo, porque los signos y síntomas (dolor y fiebre) pueden identificarse con mayor precisión. El examinador los observa con mayor facilidad para efectuar su valoración, se apoya en algunos instrumentos de diagnósticos objetivos. (Zsazs, 1970)

Ocurre de manera diferente en las enfermedades mentales, ya que los signos y síntomas son muy subjetivos. La valoración de los mismos se obtiene mediante el reporte recibido del enfermo. Dicha valoración es sumamente abstracta, debido a la clase de instrumentos tan subjetivos y, por el momento, todavía es un enigma la localización de la mente.

En este sentido los síntomas psíquicos se encuentran referidos a las comunicaciones que el paciente tiene consigo mismo, con los demás y con el mundo que lo rodea. Entonces, las alteraciones del comportamiento son evaluadas en relación a las comparaciones que el espectador hace con respecto a las normas establecidas dentro del contexto ético y social. En la gran mayoría de los casos ocurre que ni el mismo individuo tiene claro cual es la causa de su malestar, por tanto no es fácil para él explicar lo que le ocurre. (Zsazs, 1970)

Como se puede ver, la neurología inició los estudios sobre las alteraciones del comportamiento humano argumentando que éstas se

originaban por defectos en la estructura anatómica y funcional del sistema nervioso. Sin embargo, en la actualidad se cree que las alteraciones del comportamiento pueden estar originadas por el impacto de los fenómenos sociales en el desarrollo del ser humano y de las sociedades. Por esto, a pesar de que durante mucho tiempo ha predominado el carácter individual de la "enfermedad mental" -negando así la influencia de los factores sociales como determinantes de ésta- los conceptos de "salud y enfermedad mental" tienen un carácter social, ya que varían de una época y de una sociedad a otra. (Zsazs, 1970)

El enfoque que Conrad plantea es más bien humanista, porque considera al individuo como una entidad individual, con características únicas y propias. Sin embargo, acepta que se encuentra inmerso en la sociedad por lo tanto, acepta la relación con el contexto social y reconoce el proceso dinámico establecido entre el individuo y el medio ambiente. De manera que un individuo "mentalmente sano" hará siempre las "mejores elecciones" en su vida. Por el contrario, un individuo "mentalmente enfermo" no logrará afrontar adecuadamente las dificultades de la vida. Otra forma de ver este problema relativo a la "normalidad", es cuando se considera "normal" a un individuo que comparte patrones y características comunes a la mayoría de la sociedad. De manera contraria, un individuo es "anormal" cuando no comparte los patrones y características comunes. (Conrad, 1977)

En algunas ocasiones también se ha recurrido al concepto de "desviación", equivalente al de "enfermedad mental", y asociado al de "indeseabilidad social". En este sentido la desviación deriva en represión, rechazo, marginación. Sin embargo, no es

propio hablar de "enfermedad mental", precisamente porque "la mente" es una metáfora animista que indica alguna de las funciones operativas del individuo, en especial, la inteligencia, la afectividad y la conciencia de sí mismo. (Jervis, 1977)

En este sentido se afirma que la "enfermedad mental" es solamente una hipótesis, ya que un individuo mentalmente sano o enfermo es un ser humano que bajo ciertas circunstancias es o no capaz de hallar soluciones a los problemas que afronta. El origen puede remitirse a las alteraciones de las funciones mentales, es decir atraviesa por una crisis interior no resuelta. De esta manera el comportamiento humano no se determina exclusivamente por la individualidad, sino en relación con el contexto social. Por lo tanto, los límites de los trastornos psíquicos con respecto a la normalidad son bastante vagos.

Sin embargo, en función de las necesidades básicas de esta investigación fue necesario clasificar a las trabajadoras estudiadas. El objetivo principal se orientaba al conocimiento más preciso de las posibles causas de los problemas de salud. Por eso me gustaría desarrollar a continuación, con la mayor precisión posible, la clasificación de los trastornos mentales más comunes.

Estos trastornos se conforman en dos grandes grupos, a saber: trastornos mentales, anteriormente denominados neurosis, y las psicosis. La gran diferencia que existe entre ellos: es precisamente el grado de conciencia que mantiene con la realidad, en los estados de psicosis el individuo vive permanentemente en la fantasía y su inconsciente se mantiene a flor de piel.

"El término 'neurosis' y el término 'personalidad psicopática' designan dos conjuntos bastante poco homogéneos de condiciones psicológicas, cuyos límites con la normalidad son lo suficientemente vagos para ser considerados ampliamente arbitrarios." (Jervis, 1977)

Por un lado el sufrimiento que experimenta un individuo con un desequilibrio en su salud mental es interno, el mal no tiene origen orgánico, sino que la afección es mental. El observador no encuentra una causa objetiva que explique el comportamiento neurótico. Por otro lado, cualquier individuo que tenga alguna alteración mental, de antemano no logra afrontar adecuadamente sus dificultades personales, de igual manera no les encuentra solución. La alteración puede agravarse por los estímulos provenientes del medio ambiente. Así, las experiencias personales, bajo estas circunstancias, son percibidas como adversas y desagradables. En este sentido la frustración, el conflicto, las presiones externas y la privación pueden potenciar los trastornos neuróticos.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R y DSM-IV) de la American Psychiatric Association clasifica los diversos síndromes y trastornos de inadaptación de la personalidad como trastornos mentales.

Los trastornos más comunes han sido clasificados de acuerdo a las características y síntomas presentes en los cuadros clínicos. Una clasificación de estos trastornos se ha realizado de la siguiente forma: de ansiedad, de disociación, de conversión, depresivos, fóbicos y obsesivo-compulsivos. (Gregory, 1970)

De manera general los síntomas más comunes de los trastornos mentales son: irritabilidad, trastornos del sueño, sensaciones de ansiedad, depresión excesiva, temor, trastornos de la conciencia, cambios neurofisiológicos (temblor, náuseas, sudoración excesiva), trastornos psicósomáticos (vértigo, colitis, gastritis, neurodermatitis), cefalea tensional, migraña, ideas obsesivas y conductas repetitivas, conflictos interpersonales. (Gregory, 1970)

En los trastornos mentales en que predomina la **ansiedad** se observa un estado de aprehensión, tensión, desasosiego, incertidumbre, miedo y temor. La causa de la ansiedad es subjetiva. En realidad, no hay razón para que el individuo experimente dichas sensaciones.

Los trastornos mentales relacionadas con la **disociación** se caracterizan porque existe un mecanismo de defensa, en donde el significado emocional y el afecto son disociados y aislados de una idea, situación y objeto. Por ende aparece la desorganización de la personalidad. Los ejemplos más conocidos son: amnesia, sonambulismo y personalidad múltiple.

En los trastornos mentales relacionados con la **conversión**, los síntomas más comunes se concentran en alteraciones de las funciones de algunos órganos, sobre todo de aquéllos en que interviene la voluntad. De esta manera se presentan síntomas de anestesia, parálisis, movimientos involuntarios (tics, temblores y movimientos semejantes a las crisis epilépticas).

En los trastornos mentales en los que predomina la **depresión**, los sentimientos afectivos del individuo son desproporcionados en

relación con una pérdida. La depresión también puede ser una reacción ocasionada por el pesimismo que experimenta la persona cuando necesita enfrentar situaciones frustrantes y conflictivas. De ahí experimenta un sentimiento de incapacidad para afrontarlas con valentía y coraje.

Los trastornos mentales relacionadas con episodios en que predomina la **fobia** se observa el rechazo y temor obsesivo persistente de un objeto externo o de una situación. Se cree que el temor del individuo sobreviene por el proceso de desplazamiento de un conflicto interno a un objeto externo, simbólicamente relacionado con el conflicto.

Las trastornos mentales relacionados con episodios **obsesivo-compulsivos** se caracterizan por la presencia de ideas obsesivas y conductas compulsivas. La obsesión es una idea persistente, no deseada. No puede desecharse por medio de la lógica y el raciocinio. La compulsión tiene como característica realizar una acción de manera insistente, repetida, impertinente y no deseada. El individuo que sufre de este tipo de alteración generalmente tiene el temor hacia la suciedad y la contaminación.

En otro orden de ideas, durante, la historia de la humanidad los trastornos mentales se han incrementado de manera importante. Esta situación es probable que tenga su origen en el impacto que los cambios sociales, económicos y políticos han legado a las sociedades modernas. Así, se ha reconocido al estrés como factor trascendental en la generación de trastornos mentales y orgánicos. De esta manera, en el transcurso de la vida cotidiana, nos enfrentamos a situaciones que objetivamente nos ocasionan estrés. Por eso es importante describir sus causas, cuáles son

los componentes del fenómeno y, sobre todo, ver qué características adopta y cómo puede resolverse en la práctica.

La noción de estrés fue introducida en 1936 y se definió de la siguiente manera: "a partir de un estímulo cerebral, un complejo mecanismo neuroendócrino prepara el organismo para la lucha o la fuga en situaciones que requieren de una gran actividad muscular". A esto se le llamó "síndrome general de adaptación". (Selye, 1936)

Entonces, el estrés es precisamente la respuesta del organismo frente a los agentes estresores o de agresión. Mencionaremos algunos ejemplos: de origen físico: el calor, el frío, traumatismos. De origen químico: venenos, sustancias tóxicas. De origen animado: microbios. De origen interno: fatiga, enfermedades orgánicas. De origen psíquico: emociones desagradables. (Petrescue, 1970)

Cuando el organismo se siente amenazado inmediatamente utiliza los mecanismos necesarios para iniciar el proceso del "síndrome general de adaptación", el cual atraviesa por tres etapas: la primera de choque y contrachoque; la segunda de resistencia y la tercera de agotamiento. (Petrescue, 1970)

Durante algunas situaciones, el estrés nos impulsa a realizar acciones que nos permiten alcanzar objetivos y metas que benefician nuestra vida personal. En este sentido, el estrés no es perjudicial a la salud sobre todo cuando el individuo se encuentra en óptimas condiciones de desarrollar el "síndrome general de adaptación". En cambio cuando las condiciones de salud

tanto físicas como mentales del individuo no son favorables el estrés puede traer consecuencias lamentables.

La probabilidad de que sobrevenga un desequilibrio puede ocurrir cuando el individuo percibe un ambiente desfavorable teniendo como consecuencia un estado de estrés, lo cual se refleja en síntomas subjetivos y se presentan manifestaciones en el funcionamiento del organismo a nivel fisiológico y mental. (Lepanen, 1987)

Los estudios sobre estrés ocupacional proponen como principal parámetro los síntomas subjetivos, con lo cual se pueden diferenciar las reacciones de los individuos al estrés.

El investigador mediante las respuestas y características personales puede conocer el grado de bienestar y satisfacción, de los individuos en cuestión, Sin olvidar la influencia de la capacitación y las demandas laborales (elementos reforzadores). Así, durante los retos, tiene que haber proporción entre las demandas del trabajo y las características personales, pues de lo contrario podría surgir el desequilibrio. (Lepanen, 1987)

Las reacciones al estrés, más frecuentemente encontradas, son síntomas subjetivos y los clasifica en: psicológicos: ansiedad, nerviosismo, tensión, depresión e irritabilidad; y los psicómátricos: dolor de estómago, dolor en el pecho, taquicardias, cefaleas, náuseas, fatiga, dificultad para concentrarse, dificultad para dormir y actitudes negativas para el trabajo. (Lepanen, 1987)

En un estudio de casos (trabajadores deprimidos) y controles en la industria japonesa, se analizaron los efectos psicosociales del trabajo estresante. Entre los aspectos que se consideraron estuvieron: gasto energético, frecuencias cardíaca y respiratoria, fatiga, ansiedad, introversión, extroversión, actitudes y motivaciones del trabajador. Con la prueba de regresión logística se pudo demostrar una asociación significativa entre la depresión y la presencia de estrés debido a trabajos no adecuados para el trabajador. (Kawakami, 1990)

Algunas publicaciones han mostrado diferencias significativas entre los perfiles de salud-enfermedad de hombre y mujeres, en particular, en trabajadores de la salud. Así, los médicos reportaron más síntomas psicológicos y menos psicósomáticos, comparados con las enfermeras. Las médicas también presentan más síntomas psicósomáticos en comparación con los médicos. (Lepanen, 1987)

Otro estudio sobre estrés ocupacional encontró que las incapacidades por problemas mentales y de sueño causaron un gran número de días perdidos. La fatiga y trastornos del sueño también fueron más frecuentes entre las auxiliares de enfermería y el personal de apoyo. La única asociación observada en relación al turno fue la alta proporción del deterioro del sueño para las trabajadoras nocturnas. El deterioro del sueño y la fatiga estuvieron relacionados significativamente cuando había hijos en casa. (Estryn, 1990)

El proceso de trabajo de atención a la salud tiene variantes importantes que determinan en gran medida el perfil salud-enfermedad de ese tipo de trabajadores. Se ha encontrado que es

un trabajo de retos y en donde existen gran cantidad de estresores.

Una muestra de lo anterior la podemos ilustrar con un estudio que demostró la relación de la salud mental de los especialistas con la satisfacción y el estrés en el trabajo, así como con las características del mismo. Se aplicó el Cuestionario General de Salud de 12 preguntas y, para valorar la fatiga y el agotamiento, se aplicó el Inventario Maslach. La pretensión era conocer los siguientes aspectos: realización personal, estrés y satisfacción en el trabajo. La muestra la conformaron 1,133 especialistas, en cuatro grupos: 299 gastroenterólogos, 252 cirujanos oncológicos, 260 radiólogos y 322 médicos internistas. De ellos respondieron 822, el equivalente al 78%. La prevalencia de morbilidad psiquiátrica fue del 27%. No hubo diferencias significativas entre los cuatro grupos de especialistas. (Ramírez, 1996)

Los resultados mostraron tres fuentes de estrés asociadas a la fatiga y a la morbilidad mental: sentimiento de pesar, los efectos de la pobre dirección y escasos recursos y la sensación de negociar con el sufrimiento de los pacientes. La fatiga también estuvo asociada con la baja satisfacción con relación a los pacientes, a los familiares y al personal, así como al estatus profesional y a la estimulación intelectual.

Algunos factores de riesgo fueron independientes de la fatiga, tales como la edad y el estado civil. Los especialistas que sintieron que su adiestramiento era insuficiente, para demostrar y dirigir sus destrezas, reportaron mayor grado de fatiga.

El trabajo satisfactorio estuvo relacionado positivamente con la realización personal e inversamente con el agotamiento. Es decir, **la satisfacción en el trabajo tiene un efecto protector** contra el impacto del trabajo estresante. Así, los especialistas que reportaron baja satisfacción fueron más vulnerables a los efectos nocivos del trabajo estresante.

El elevado agotamiento emocional estuvo asociado con el alto nivel de estrés por la sobrecarga y los efectos de la vida del hogar. La morbilidad psiquiátrica estuvo asociada con los altos niveles de estrés percibidos por la sobrecarga de trabajo, sentimientos de dirección y recursos deficientes y el sentimiento de negociar con el sufrimiento del paciente.

En términos generales, se puede concluir que los diferentes estudios en los últimos años, que abordan los problemas de salud mental en los trabajadores llegan a conclusiones similares. Por un lado, refuerzan la idea de una estrecha relación entre el trabajo y la salud mental, pero también son claras las asociaciones entre las condiciones de vida y los trastornos mentales y psicosomáticos, incluyendo la fatiga. Por otro lado, es evidente la influencia de los aspectos subjetivos en la producción de estos problemas. Asimismo, en varias de estas investigaciones quedan propuestas planteadas, tanto para controlar la aparición de estrés que a la larga pueda desencadenar trastornos, como algunos de los mecanismos para combatir a éste. En este caso se puede pensar en los apoyos sociales y en las formas de afrontamiento.

3. RESULTADOS.

Los resultados de la investigación se recogieron con dos instrumentos: la guía de observación y la encuesta individual. La información se ordenó de lo general a lo particular. En primer lugar se hace una descripción breve del proceso de trabajo general y de las áreas y los puestos de trabajo de la UMF estudiada. En segundo lugar se describen los perfiles de exposición, tanto para los riesgos y las exigencias objetivos, como para la percepción que tuvieron las trabajadoras sobre los mismos (exigencias subjetivas). Por último, se describe de manera breve el perfil patológico mental general, mencionando la patología en forma desagregada y agrupada. A partir de esta información básica se hace el análisis más específico, relacionando algunas variables independientes o causales con la morbilidad estudiada. Para la evaluación analítica de la morbilidad se consideró un modelo, el cual señala que la salud mental puede estar afectada por tres categorías de elementos: condiciones de vida, condiciones de trabajo y por las características de la personalidad de la trabajadora.

3.1. PROCESO DE TRABAJO GENERAL, POR ÁREAS Y PUESTOS.

La Unidad de Medicina Familiar ofrece servicios de atención primaria a la salud, llamado primer nivel. Éste comprende las etapas de prevención, y detección de las enfermedades en sus estadios más tempranos.

La clínica cuenta con un total de 380 trabajadores, de los cuales el 93% (354) se encuentran sindicalizados y el 7% (26) son personal de confianza.

El objetivo principal de la UMF es satisfacer la necesidad de atención médica cuando el derechohabiente acude a solicitarla y elaborar programas de prevención de los padecimientos más frecuentes.

El proceso de atención no siempre sigue una misma dirección, ya que no necesariamente participan secuencialmente cada una de las áreas de servicios. Esto ocurre, debido a que cada área de servicio tiene funciones específicas.

El servicio para atención al público se presta de lunes a viernes. Las actividades están organizadas en dos turnos: matutino y vespertino, con distintos horarios de entrada y de salida según las necesidades. La duración de la jornada diaria no es igual para todos los trabajadores una de ellas tiene una duración de 6.5 horas y la otra de 8 horas. El tiempo destinado para la ingesta de alimentos es de 30 minutos.

Las médicos, químicos y estomatólogos, para ejercer su práctica asistencial, necesitan obtener el grado académico profesional universitario y registro profesional que los acredite como tales. Las enfermeras, trabajadoras sociales y laboratoristas pueden tener solamente nivel técnico profesional. En algunos casos muy específicos, las enfermeras necesitan tener una especialidad. Las asistentes médicas, después de la secundaria, necesitan acreditar un curso de seis meses, impartido por la Institución.

Las áreas o servicios, así como los puestos, son las formas en que se organizan e identifican las trabajadoras de la UMF. Por medio de las áreas y los puestos se pueden conocer las semejanzas y diferencias de la población estudiada. Por este motivo se hace una breve descripción de éstos. Las áreas se agruparon en: Atención Médica Continua, Materno-Infantil, Medicina Familiar, Servicio Dental, Laboratorio Clínico, Medicina Preventiva, Planificación Familiar y Medicina del Trabajo.

El área de **Atención Médica Continua** otorga asistencia, con carácter de urgencia, a los pacientes adscritos a la UMF. Laboran 24 trabajadores: 13 en el turno matutino (10 enfermeras y 3 médicos) y 11 en el vespertino (8 enfermeras y 3 médicos). Esta área cuenta con los elementos mínimos necesarios para atender los casos de urgencias menores. Los pacientes que requieren una atención más especializada son enviados a un hospital de zona o de alta especialidad.

Ocasionalmente, el personal del turno vespertino prolonga su estancia en la UMF. Esto ocurre cuando algún paciente necesita continuar bajo observación. Otra causa de prolongar la jornada puede ser cuando un trabajador acepta cubrir la ausencia de otro trabajador, por distintas razones. La responsabilidad por la seguridad del paciente es compartida por la enfermera y el médico, mientras no sea posible conceder el alta médica.

Las actividades principales son: curación y sutura de heridas menores, colocación de férulas, en caso de fractura ósea, colocación y cambio de sondas vesicales, lavados gástricos, retirar hilos de sutura, aplicación de soluciones intravenosas e intramusculares y aplicación de medicamentos parenterales.

Los principales riesgos y exigencias están determinados por el tipo de actividad. Una de las principales exigencias es el elevado grado de responsabilidad, seguida de elevado apremio de tiempo, exceso de trabajo, la realización de múltiples tareas en corto tiempo, posiciones forzadas e incómodas y trabajo peligroso. Se complementan con espacio reducido de trabajo, poca ventilación y contacto con sustancias irritantes.

En el área **Materno-Infantil** se atiende en dos turnos: matutino y vespertino. El personal lo forman dos enfermeras en la mañana y una en la tarde. Se atiende a la población infantil de hasta cinco años y se desarrollan tres actividades: asistenciales, funcionales y administrativas. Las asistenciales se centran principalmente en la atención del niño sano. Sin embargo, si durante la revisión se detecta algún síntoma patológico, el infante se deriva al área correspondiente para continuar el tratamiento; las funcionales son todas las tareas necesarias para mantener equipada el área y las administrativas se refieren a la elaboración del informe diario de las actividades. Las principales exigencias son el aislamiento y la supervisión estricta.

En el área de **Medicina Familiar**, la consulta externa se ofrece en el turno matutino y vespertino. Hay 68 trabajadores por turno (34 médicos y 34 asistentes médicas), la mitad en cada turno. La forma más común de prolongar la jornada (doble turno) es para cubrir ausencias de algún trabajador del turno alterno. En cada uno de los 34 consultorio se encuentran asignados una asistente médica y un médico.

La consulta de medicina familiar se centra en la práctica médica asistencial de los derechohabientes enfermos. El promedio diario de consultas, en cada consultorio, es aproximadamente de 20, con fluctuaciones de 10 a 30.

Las actividades que realiza el personal médico, durante la consulta, son las siguientes: interrogatorio, exploración física y la valoración del tratamiento de los pacientes. En caso necesario elabora la solicitud para los exámenes de laboratorio y gabinete y/o llena el formato correspondiente para expedir la incapacidad por enfermedad o para transferir a la persona a un especialista.

Las actividades que efectúan las asistentes médicas son propiamente administrativas. Son las responsables de mantener en cantidad suficiente la dotación del equipo y material necesario, integrar el expediente clínico y realizar un reporte diario de las personas que acudieron a la consulta. También efectúan las entrevistas de planificación familiar y, en algunas ocasiones, apoyan al médico durante la exploración física y la somatometría.

Las exigencias de los médicos son: alto grado de responsabilidad, supervisión estricta, ritmo intenso la mayor parte de la jornada, sedentarismo y simultaneidad de tareas en corto tiempo. Las principales exigencias de las asistentes son: supervisión estricta, sedentarismo, falta de contenido del trabajo y poco reconocimiento social.

Las actividades del área de **Servicio Dental** se efectúan durante el turno matutino y vespertino. El número de trabajadores es el mismo en ambos turnos: cuatro estomatólogas, cuatro enfermeras y

una asistente médica. Se atienden por consultorio de 15 a 20 pacientes diariamente.

Las principales actividades de las estomatólogas son: interrogatorio del paciente, revisión de la cavidad bucal para conformar el diagnóstico, recomendar el tratamiento más adecuado y hacer las anotaciones correspondientes en el expediente clínico. En este nivel sólo se atienden problemas menores: aplicación de flúor, correcciones de caries dentales con amalgama o con cemento para curación y extracciones de piezas dentarias que no requieran de un método quirúrgico. La enfermera en particular se ocupa de que haya cantidades suficientes de material e instrumental, de revisar que el equipo dental se encuentre en condiciones aceptables de funcionamiento y de limpieza y, por último, del lavado, secado y preparación del instrumental, para que éste sea esterilizado y guardado en el lugar indicado. La asistente médica realiza actividades similares a las otras áreas de trabajo.

Las exigencias presentes en el puesto de estomatóloga son las siguientes: alto grado de atención, elevado apremio de tiempo, alto grado de responsabilidad, posiciones forzadas e incómodas durante gran parte de la jornada y supervisión estricta. Entre sus principales riesgos están: contacto directo con productos biológicos y ruido proveniente del equipo dental.

Las exigencias más importantes de las enfermeras en esta área son: posiciones incómodas, ritmo intenso, supervisión estricta y poco reconocimiento social. Uno de los principales riesgos es el contacto directo con instrumental contaminado con productos

biológicos. Las exigencias de la asistente son similares a las de otras áreas.

En el área de **Laboratorio Clínico** la mayor parte de las actividades se efectúan en el turno matutino. Cuenta con 27 trabajadores en la mañana y 2 en la tarde. Su actividad principal consiste en efectuar análisis cuali-cuantitativo de sangre, orina, heces fecales y de secreciones orofaríngeas, vaginales y broncopulmonares. Para ello se obtienen las muestras diarias de entre 70 y 120 pacientes.

Las exigencias en los puestos de químicos y laboratoristas son: realizar trabajo peligroso (contacto directo con sangre, orina, secreciones, heces, con sustancias corrosivas), ritmo acelerado de trabajo durante gran parte de la jornada, elevado grado de responsabilidad y espacio reducido de trabajo. Además, el trabajo de los auxiliares de laboratorio es descalificado y con tareas poco deseables, tales como el lavado y desecho de material contaminado. Hay carencia de contenido de trabajo y bajo reconocimiento social.

En el área de **Medicina Preventiva**, las actividades son matutinas y vespertinas. En el turno matutino, hay un médico y 8 enfermeras; y en el vespertino 5 enfermeras. En esta área se ofrecen los servicios preventivos con carácter epidemiológico: programas de inmunizaciones, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y mamario, diabetes e hipertensión.

Además efectúan actividades extramuros tales como: visitas periódicas a la comunidad, campañas de vacunación.

La médica epidemióloga tiene la responsabilidad de dirigir y asesorar las actividades que se efectúan en esta área, principalmente todo lo relacionado con las campañas de salud pública. Las exigencias son: trabajo sedentario, espacio reducido de trabajo y elevado grado de responsabilidad.

La enfermera sanitarista realiza funciones administrativas. Se encarga de coordinar y supervisar las actividades que efectúan las enfermeras. Las exigencias principales son: la realización de múltiples tarea en corto tiempo, posición de pie durante gran parte de la jornada y elevado grado de responsabilidad.

Las enfermeras auxiliares tienen las siguientes actividades: tomar las muestras, administración las vacunas, dentro y fuera de la clínica, colaborar con el equipo multidisciplinario en las visitas domiciliarias, tomar la presión arterial, hacer la prueba de la glucosa en sangre, entregar resultados y mantener orden, limpieza y material suficiente en el área. El principal riesgo es el contacto directo con exudados vaginales y con instrumental punzocortante.

Las exigencias más comunes en las enfermeras son: posición de pie la mayor parte de la jornada, realizar múltiples tarea en corto tiempo, ritmo acelerado de trabajo, espacio reducido y elevado grado de responsabilidad.

En el área de **Planificación Familiar**, el número de trabajadores para ambos turnos es el mismo: dos médicos y una enfermera. Ofrecen orientación de los métodos de planificación familiar y la colocan dispositivos intrauterinos. Se atienden un promedio diario de 15 a 20 pacientes por cada turno.

Las actividades que realiza la médica son las siguientes: organiza las actividades del área: orientación, interrogatorio, valoración e indicación del método anticonceptivo más adecuado a las condiciones de la pareja, coloca y retira los dispositivos intrauterinos, expide las incapacidades médicas, efectúa anotaciones médicas correspondientes y, si el caso lo amerita, también solicita algún estudio específico.

Las exigencias que tiene la médica son: elevado grado de atención, la realización de múltiples tareas en corto tiempo, posiciones forzadas, elevado grado de responsabilidad, ritmo acelerado de trabajo y espacio reducido. El riesgo más frecuente es el contacto directo con los fluidos corporales.

Las funciones de la enfermera son: mantener la dotación del material de curación y del instrumental necesario para las actividades del área, mantener orden y limpieza y asistir a la doctora durante los procedimientos.

Las exigencias de la enfermera se centran en la realización de múltiples tareas en corto tiempo: posición de pie durante gran parte de la jornada, elevado grado de responsabilidad, ritmo acelerado de trabajo, espacio reducido, y bajo reconocimiento social a sus labores. De los riesgos más frecuentes está el contacto directo con instrumental contaminado con fluidos corporales.

Las actividades, en el área de **Medicina del Trabajo**, se realizan, exclusivamente, en el turno matutino. El número de trabajadores se conforma por 3 médicos y 3 auxiliares universales de oficina. La principal actividad de los médicos es valorar y calificar las

lesiones que un trabajador sufrió durante el ejercicio de su trabajo. Los médicos están enterados de la evolución de cada caso dictaminado y son los responsables de la expedición de incapacidades temporales o permanentes.

Las exigencias para los médicos son: elevado grado de responsabilidad, espacio reducido y trabajo sedentario la mayor parte de la jornada.

Los tres auxiliares universales de oficinas efectúan actividades como: dar atención al público y seguimiento a los trámites administrativos correspondientes.

Por otro lado, es importante conocer la otra forma en la que, en función del **tipo de trabajo**, se agrupa la población en estudio. En este caso es importante hacer una breve descripción de las características de cada uno de los **puestos de las trabajadoras** estudiados.

Las actividades de las **médicas** consisten en diagnosticar y proponer los tratamientos y medidas de rehabilitación de los pacientes que acuden al servicio. Las características de esta actividad hacen que recaiga sobre estas trabajadoras la responsabilidad de la recuperación del paciente.

Las principales actividades de las **enfermeras** consisten en colaborar, durante los procedimientos médicos y quirúrgicos, con el médico, realizar curaciones de heridas, aplicar vacunas y, además, mantener las dotaciones de material y equipo necesarias en cantidad y calidad suficientes.

Para el caso de las **asistentes** médicas sus actividades están relacionadas con procedimientos administrativos, es decir la recepción del paciente y la atención del mismo durante la consulta médica. Además, deben mantenerse en contacto directo con el archivo clínico para el control de los expedientes.

Para organizar el trabajo en los consultorios médicos existe, oficialmente, un coordinador que tiene a su cargo la supervisión. En cada consultorio están asignados una asistente médica y un médico.

Las actividades que efectúan los **químicos** y **laboratoristas**, consisten en la realización de determinaciones de diferentes productos biológicos, por medio de un análisis clínico y, por supuesto, en la recolección de las muestras.

Como se puede ver en el cuadro 3, las trabajadoras estudiadas se distribuyeron, por puesto de trabajo, de la siguiente forma: alrededor de una tercera parte son asistentes médicas, lo mismo sucede con el puesto de enfermera. Las médicas representan el 20% y el resto son químicas o laboratoristas.

Cuadro 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
POR PUESTO DE TRABAJO

PUESTO	FRECUENCIA	%
Asistente médica	58	34.1
Enfermera	55	32.4
Médica	33	19.4
Química y lab.	24	14.1
TOTAL	170	100.0

Fuente: Nómina de la UMF 7, 1994.

var. agrupa

El tiempo de trabajo, en muchas ocasiones, puede ser una variable importante en la generación de estrés y de patología mental. Esta situación se da no sólo por la extensión de la jornada, sino por la forma en que las mujeres trabajadoras resuelven sus actividades extralaborales, sobre todo aquéllas que tienen niños pequeños. Es importante, observar en el cuadro 4, cómo se distribuyeron las trabajadoras en función de la extensión de la jornada laboral. Se observa que casi las dos terceras partes de ellas tienen que laborar jornadas de ocho horas.

Cuadro 4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
POR DURACIÓN DE LA JORNADA

JORNADA	FRECUENCIA	%
6.5 horas	63	37.1
8.0 horas	107	62.9
TOTAL	170	100.0

Fuente: Nómina de la UMF 7, 1994.

Como se puede observar, a pesar de las particularidades de cada caso (área o puesto de trabajo), las actividades de este personal son diferentes a las de otras actividades del sector terciario, y muy similares en muchas de sus características. Esto permitió resaltar las semejanzas, así como hacer propuestas y dar sugerencias para estudiar los principales problemas de estas trabajadoras, pero también para plantear algunas alternativas de solución para toda la población estudiada en su conjunto.

3.2. PERFIL DE RIESGOS Y EXIGENCIAS.

De manera general, los riesgos y las exigencias a los que se encuentran expuestas las trabajadoras de la UMF son similares por

área de servicio y por puesto de trabajo. Esto se debe, como ya se ha mencionado, a que son más las características comunes que comparten como mujeres y trabajadoras de la salud que las diferencias específicas por su área o puesto de trabajo. Por eso, en esta primera parte, se describe un perfil general de riesgos y exigencias, aunque más adelante, se describirán, con mayor detalle algunas de las diferencias.

A través de la guía de observación y las entrevistas a profundidad se encontraron entre las principales exigencias, para el conjunto de la población trabajadora estudiada, las siguientes: elevado apremio de tiempo, trabajo sedentario la mayor parte del tiempo, trabajo poco calificado y con bajo reconocimiento social (exigencia se acentúa más en las asistentes médicas), prolongación del tiempo de trabajo, en particular, el doble turno. Esto ocurre, sobre todo, cuando alguna trabajadora se ausenta, ya sea por incapacidad médica, licencia, vacaciones o por falta injustificada.

En particular, cuando se aplicó la encuesta a estas trabajadoras se pudieron cuantificar estos aspectos y añadir otros, como se muestra en el cuadro 5 y en la gráfica 1. En estos se puede apreciar que las principales exigencias, como ya se había descrito en la entrevistas, están relacionadas con el apremio de tiempo. Así, la exigencia con una frecuencia más elevada es el trabajo repetitivo, ya que se presenta en el 56.5% de las trabajadoras estudiadas. También en este mismo caso destaca el trabajo intenso en casi la mitad de esta población. Es interesante resaltar que entre los principales problemas encontrados estén dos riesgos como el calor y el ruido que, a su vez, son estresores conocidos. Por último, un tercer grupo de

exigencias está relacionado con la carga física, tanto estática como dinámica y con el espacio de trabajo reducido. Todo este conjunto de estresores mostraron, como se verá más adelante, efectos nocivos para la salud de las trabajadoras.

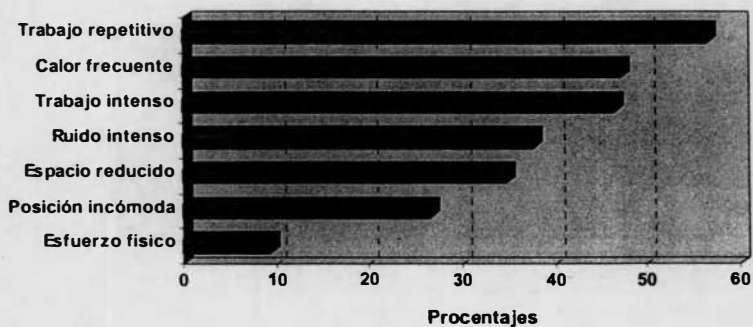
Cuadro 5

PERFIL DE RIESGOS Y EXIGENCIAS
DE LAS TRABAJADORAS DE LA UMF 7

RIESGO O EXIGENCIA	FRECUENCIA	%
Trabajo repetitivo	96	56.5
Calor frecuente	80	47.1
Trabajo intenso	79	46.5
Ruido intenso	64	37.6
Espacio reducido	59	34.7
Posición incómoda	45	26.5
Esfuerzo físico	16	9.4

Fuente: Encuesta individual, de la UMF 7, 1994.

Gráfica 1 PERFIL DE RIESGOS Y EXIGENCIAS DE LAS TRABAJADORAS DE LA UMF 7



Fu nte: Encuesta individual, UMF7, 1994.

Entre otros de los aspectos que se exploraron en esta investigación está la percepción que las trabajadoras tenían sobre sus condiciones de trabajo y sobre sus posibilidades de

desarrollo en el mismo. Como se observa en el cuadro 6 y en la gráfica2, se puede apreciar que la mayoría de las trabajadoras estudiadas consideran que su trabajo es satisfactorio (92%) y permite el desarrollo de habilidades (84%) y la posibilidad de creatividad en el desempeño de las tareas (75%). Esto habla de que el tipo de trabajo que esta población realiza, puede ser considerado como favorecedor de la superación de cada una de las trabajadoras y, además, por esto mismo se diferencia, de manera importante, de muchas otras actividades laborales. Sin embargo, es necesario considerar que, también se percibe como una labor peligrosa, en donde la trabajadora está preocupada por los daños a la salud que sus actividades le puedan generar (56%) y también por los daños que estas actividades le han ocasionado, ya que el 31% refirió que el trabajo le ha producido algún daño a su salud. No es, en realidad, contradictoria la idea de que estas trabajadoras perciban su trabajo como potenciador de capacidades, pero a la vez dañino, aunque sí amerita profundizarse en otras investigaciones sobre este aspecto.

Cuadro 6

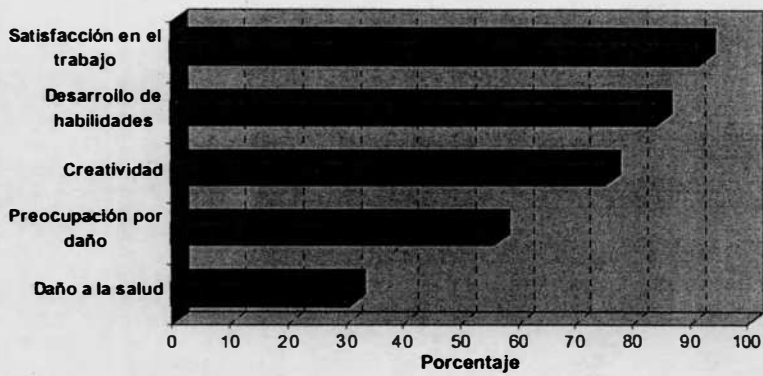
PERCEPCIÓN DE LAS TRABAJADORAS DE LA UMF 7
SOBRE SUS CONDICIONES DE TRABAJO

PERCEPCIÓN	FRECUENCIA	%
Satisfacción en el trabajo	156	91.8
Desarrollo de habilidades	143	84.1
Creatividad	128	75.3
Preocupación por daño	95	55.9
Daño a la salud	52	30.6

Fuente: Encuesta individual, de la UMF 7, 1994.

Gráfica 2

**PERCEPCIÓN DE LAS TRABAJADORAS DE LA UMF7
SOBRESUS CONDICIONES DE TRABAJO**



Fuente: Encuesta individual, UMF7, 1994.

3.3. PERFIL PATOLÓGICO MENTAL.

Por medio de la encuesta individual de autollenado, aplicada a cada trabajadora, se pudo establecer el perfil patológico de este grupo. En el cuadro 7 y en la gráfica 3 se aprecian los diagnósticos desagregados. La tasa general (54.1) muestra que de cada dos trabajadoras, una tuvo algún padecimiento o trastorno psíquico o psicosomático (prevalencia instantánea), lo cual es muy alto para una población trabajadora joven y que está aparentemente sana y laborando.

En ese mismo cuadro se puede ver que los principales padecimientos son psicosomáticos y, éstos, están claramente relacionados con el estrés. Tal es el caso de la cefalea tensional y el síndrome ácido-péptico. También la migraña puede ser del mismo origen que el primero. La fatiga se encuentra en el tercer lugar, representando el 17% de toda la patología y una

frecuencia de 10 por cada 100 trabajadoras. Es evidente que hay una relación de este problema con el exceso de trabajo reportado en el perfil de riesgos y exigencias de estas trabajadoras (más adelante se precisarán estos elementos). Los trastornos psíquicos también tienen una frecuencia alta. Dentro de ellos, los dos primeros (irritabilidad y trastornos del sueño) están, asimismo, relacionados con estrés.

Cuadro 7

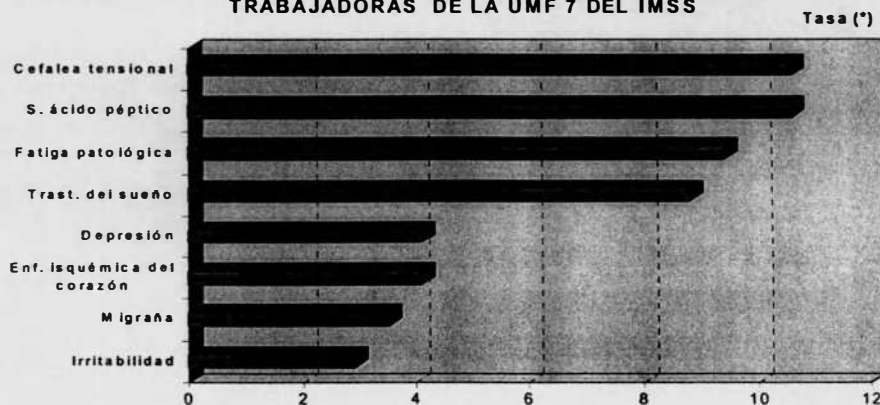
PERFIL PATOLÓGICO MENTAL (+) DESAGREGADO
DE LAS TRABAJADORAS DE LA UMF 7 DEL IMSS

DIAGNÓSTICO DESAGREGADO	CASOS	%	TASA (+)
Cefalea tensional	18	19.6	10.6
Síndrome ácido péptico	18	19.6	10.6
Fatiga patológica	16	17.4	9.4
Trastornos del sueño	15	16.3	8.8
Depresión	7	7.6	4.1
Enf. isquémica del corazón	7	7.6	4.1
Migraña	6	6.5	3.5
Irritabilidad	5	5.4	2.9
TOTAL	92	100.0	54.1

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Gráfica 3 PERFIL PATOLÓGICO MENTAL DESAGREGADO DE LAS TRABAJADORAS DE LA UMF 7 DEL IMSS



(*) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta Individual, UMF 7, 1994.

Para que el análisis de la información fuera más sencillo, se tomó la decisión de agrupar los diagnósticos. En el cuadro 8 y en la gráfica 4, se aprecian tres conjuntos patológicos. Así, se ve, con mayor claridad, que más de la mitad de todos ellos son trastornos psicosomáticos y tienen una tasa de 28.8. Esto significa que hay uno de estos problemas por poco más de tres trabajadoras. Los trastornos mentales significan alrededor del 30% de toda esta patología y se presentan en 16 de cada 100 trabajadoras. La fatiga, como se mencionó en el cuadro anterior, tiene una frecuencia alta.

Cuadro 8

PERFIL PATOLÓGICO MENTAL (+) AGRUPADO
DE LAS TRABAJADORAS DE LA UMF 7 DEL IMSS

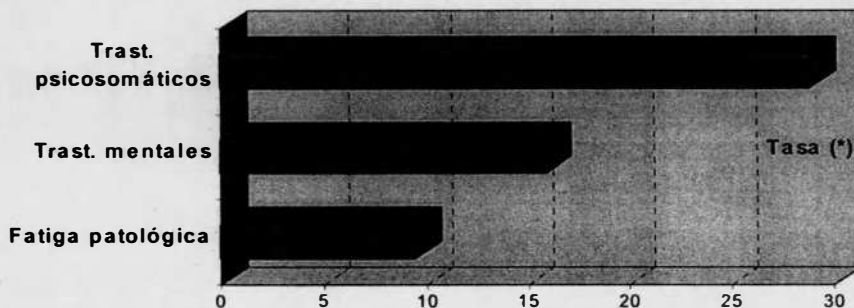
DIAGNÓSTICO AGRUPADO	CASOS	%	TASA (+)
Trast. psicosomáticos	49	53.3	28.8
Trastornos mentales	27	29.3	15.9
Fatiga patológica	16	17.4	9.4
TOTAL	92	100.0	54.1

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Gráfica 4

PERFIL PATOLÓGICO MENTAL AGRUPADO DE LAS
TRABAJADORAS DE LA UMF 7 DEL IMSS



(**) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual, UMF 7, 1994.

A continuación, después de esta descripción general, se presentan los resultados de la misma forma que se hizo en la revisión bibliográfica. Así, se parte de lo general a lo particular, es decir, del análisis de los trastornos mentales en relación con las condiciones de vida, para después analizar esos trastornos en función de las condiciones de trabajo y de las diferentes exigencias laborales. Por último, se analiza la influencia que la percepción de las trabajadoras tiene sobre la morbilidad mental.

3.3.1. CONDICIONES DE VIDA.

En este apartado se analizan algunas variables que, de manera general, pueden ilustrar lo que se ha dado en llamar "condiciones de vida". Por este término se entendió, para fines prácticos, aquellas actividades que realizan las trabajadoras fuera de su ámbito laboral formal, es decir, aquellas actividades que ocupan el resto de la vida de las trabajadoras y que no forman parte de su trabajo asalariado. Es evidente que muchas de estas actividades no pueden, estrictamente, separarse de la esfera formal de trabajo, pero se hizo esto con la finalidad de facilitar el análisis de la información.

Las variables consideradas pretenden mostrar cómo algunas situaciones estresantes "fuera" de la actividad remunerada también pueden tener un impacto importante en la salud de las trabajadoras y, en particular, en su salud mental. Así, las condiciones en que la mujer actúa en este espacio afecta su comportamiento, a tal grado, que los trastornos mentales pueden ser el resultado de esta influencia.

En nuestras condiciones sociales actuales, la visión dominante considera como principales actividades de las mujeres -sean trabajadoras asalariadas o no- las domésticas, incluyendo, por supuesto, el cuidado de los hijos. Entonces, como ya se ha mencionado en otra parte del trabajo, el papel social de la mujer se cumple mientras consiga mantener en armonía todas las relaciones y actividades que se dan fuera del trabajo asalariado, condición que obliga a la mujer a aprender a manejar diversas actividades simultáneamente. La investigación, sin embargo, mostró que el costo en su salud mental puede ser muy alto.

Entre las variables que, directa o indirectamente, ilustran algunos aspectos de las "condiciones de vida" en relación con la morbilidad mental están: la edad, si la mujer tenía o no pareja, la ayuda o no en las actividades domésticas, si tenía hijos, el número de ellos y las edades, ya que todos estos elementos tienen relación con la carga de trabajo y con los estresores o depresores que pueden originar problemas de morbilidad mental.

En el cuadro 9, se presenta la morbilidad mental por grupos etarios. Se puede apreciar que es muy similar, en los tres conjuntos patológicos, hasta antes de los 50 años y que, a partir de ese momento, la tasa se incrementa. Sin embargo, la diferencia entre los grupos no es significativa. Esto quiere decir que la edad no resultó ser una variable de importancia para la generación de esta patología.

Cuadro 9

PERFIL PATOLÓGICO MENTAL(+) POR GRUPOS DE EDAD
EN LAS TRABAJADORAS DE LA UMF 7 DEL IMSS

DIAGNÓSTICO AGRUPADO	<40	40-49	50 Y MÁS
Trast. Psicosomáticos	27.5	27.7	36.0
Trastornos mentales	15.0	15.4	20.0
Fatiga patológica	7.5	10.8	12.0
TOTAL	50.0	53.8	68.0

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

En el cuadro 10 se observa que, de acuerdo a la existencia o no de una relación de pareja, la tasa general de morbilidad mental se eleva en el caso de las trabajadoras que tienen pareja. El riesgo es de 1.46 mayor de padecer algún trastorno mental y la diferencia es significativa ($p < 0.05$). Es importante decir que no se encontraron diferencias por padecimientos específicos o conjuntos patológicos.

Pareciera que las condiciones de la mujer que mantiene una relación de pareja incrementan, de alguna manera, el riesgo de un trastorno mental. Alguna posible explicación de esto es que las responsabilidades de la mujer trabajadora, en vez de disminuir al tener una pareja, se aumentan, ya que, además de las responsabilidades del hogar y de los hijos, tiene la del compañero.

Cuadro 10

TASA DE MORBILIDAD MENTAL(+)
DE ACUERDO A LA PRESENCIA O NO DE PAREJA

DIAGNÓSTICO	C/PAREJA	S/PAREJA	p
Trastornos psicossomáticos	33.1	18.4	n.s.
Trastornos mentales	16.5	14.3	n.s.
Fatiga patológica	9.9	8.2	n.s.
TOTAL	59.5	40.8	*

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(*) $p < 0.05$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

En el cuadro 11, se puede apreciar que tener hijos, además de significar una relación afectiva importante, implica una exigencia que puede tener, bajo ciertas circunstancias, una acción estresora de gran magnitud, causante de desequilibrio emocional. Así, las trabajadoras que tienen hijos tuvieron una tasa general de morbilidad mental de 58.3, lo que significa un riesgo casi tres veces mayor que las que no tienen hijos (R.R. 2.78). La diferencia fue estadísticamente significativa con una $p < 0.01$.

Cuadro 11

PERFIL PATOLÓGICO MENTAL (+) EN RELACIÓN CON SER MADRE
EN LAS TRABAJADORAS DE LA UMF 7 DEL IMSS

DIAGNÓSTICO AGRUPADO	SIN HIJOS	CON HIJOS	R.R.	p
Trast. Psicossomáticos	10.5	31.1	3.0	n.s.
Trastornos mentales	5.3	10.0	3.3	n.s.
Fatiga patológica	5.3	17.2	1.9	n.s.
TOTAL	21.0	58.3	2.8	**

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(**) $p < 0.01$

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

En el cuadro 12 se exploró el número total de hijos. Para el análisis se agruparon en tres grandes categorías: las que no tenían hijos, las que tenían de uno a dos hijos y las que tenían más de dos hijos. Entre las primeras y las segundas, la diferencia fue significativa, con una $p < 0.01$ y de éstas con las trabajadoras que tenían más de dos, la diferencia también fue significativa con una $p < 0.05$.

Cuadro 12

PERFIL PATOLÓGICO MENTAL (+) POR NÚMERO DE HIJOS
EN LAS TRABAJADORAS DE LA UMF 7 DEL IMSS

DX AGRUPADO	0 (1)	1-2 (2)	>2 (3)	p	R.R. (2)/(1)	p	R.R. (3)/(1)	p	R.R. (3)/(2)
Tr.psic.	10.5	27.3	44.4	n.s.	2.6	n.s.	3.5	n.s.	1.4
Tr.ment.	5.3	15.0	22.2	n.s.	2.9	n.s.	3.5	n.s.	1.2
Fatiga	5.3	7.5	13.9	n.s.	1.4	n.s.	2.7	n.s.	1.9
TOTAL	21.0	50.0	65.2	*	2.4	**	3.3	*	1.4

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(*) $p < 0.05$; (**) $p < 0.01$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

También es notorio que en relación con la maternidad no se encontraron diferencias significativas entre las madres que tenían hijos menores de cinco años de aquéllas que tenían iguales o mayores a esa edad.

Se analizó también a la población estudiada en lo relativo a si recibía ayuda o no para efectuar las actividades domésticas. Como se observa en el cuadro 13, existe un riesgo casi del doble de tener algún trastorno psíquico o psicossomático para aquellas mujeres que no cuentan con ayuda para efectuar sus actividades domésticas. Entre las que reciben ayuda y las que no hay una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Incluso en

los trastornos psicossomáticos el riesgo es mayor de dos, y la diferencia también es significativa ($p < 0.01$).

Cuadro 13

TASAS (+) DE MORBILIDAD EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA
O NO DE AYUDA PARA LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS

DIAGNÓSTICO	C/AYUDA	S/AYUDA	R.R.	p
Trastornos psicossomáticos	24.1	51.7	2.1	**
Trastornos mentales	14.1	24.1	1.7	n.s.
Fatiga patológica	9.2	10.3	1.1	n.s.
TOTAL	47.5	86.2	1.8	***

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(**) $p < 0.01$; (***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Otro aspecto que se analizó en relación con las condiciones de vida fue el apoyo económico con que cuenta la mujer para resolver sus necesidades. Las dificultades para satisfacer las necesidades económicas es un conocido e importante estresor. El ingreso económico suficiente no ocasiona trastornos en la dinámica familiar, pero en caso contrario sí puede provocar sufrimiento, sobre todo para quien aporta el gasto y más aún si no hay apoyo adicional. Sin embargo, en el análisis de los datos, no hubo diferencia significativa entre las trabajadoras que no tenían apoyo económico de aquéllas que sí lo tenían.

Una posible explicación a este hecho puede ser el que la mujer que no cuenta con apoyo económico de otra persona generalmente se ha adaptado a su condición y logra resolver su situación de esa manera. Además, puede ser que el mismo apoyo económico de otra persona tampoco sea suficiente para satisfacer las necesidades básicas y podría suceder, sin embargo, en otro caso, que algunas de estas trabajadoras, a pesar de no contar con el apoyo

económico de otra persona puedan, por sí mismas, resolver de mejor manera esta situación.

Cuadro 14

TASAS (+) DE MORBILIDAD EN RELACIÓN
CON LA PRESENCIA O NO DE APOYO ECONÓMICO

DIAGNÓSTICO	C/APOYO	S/APOYO
Trastornos psicosomáticos	28.5	30.8
Trastornos mentales	14.6	23.0
Fatiga patológica	9.0	11.5
TOTAL	52.0	63.4

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual, de la UMF 7, 1994.

En el cuadro 15 se presenta la relación entre la morbilidad mental y el apoyo social que tienen las trabajadoras para resolver sus problemas y poder afrontar adecuadamente sus exigencias y los estresores de la cotidianidad. Los resultados mostraron que no hay diferencias importantes entre las mujeres que tenían apoyo social de aquéllas que no lo tenían. Incluso, los resultados son contrarios a lo esperado, ya que aquellas mujeres que contaban con apoyo social presentaron una tasa de morbilidad mental ligeramente más alta (54.7) que las no estaban en esa condición (44.4).

De esta manera, parecería que el apoyo social es más necesario para las trabajadoras que tienen mayor morbilidad mental. Una posible explicación podría ser el estilo de afrontamiento (coping), ya que la persona que no busca apoyo social probablemente tenga mayor capacidad para responder adecuadamente a las demandas cotidianas y, por consecuencia, la patología mental puede ser menor.

PERFIL PATOLÓGICO(+) MENTAL
EN RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

DIAGNÓSTICO	C/APOYO	S/APOYO
Trastornos psicossomáticos	29.1	22.2
Trastornos mentales	16.1	11.1
Fatiga patológica	9.3	11.1
TOTAL	54.7	44.4

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual, UMF 7, 1994.

En síntesis, se ha mostrado cómo algunos aspectos de lo que puede ser considerado como "condiciones de vida" están en estrecha relación con la generación de patología mental. Esto se reflejó, sobre todo, en algunas exigencias relacionadas con actividades fatigosas, tales como: si se tenía hijos y el número de ellos y la falta de ayuda para las actividades domésticas. También apareció como importante la presencia de pareja, que contrario a lo que parece, incrementa al parecer el trabajo doméstico de estas mujeres.

Otro aspecto sobresaliente en este análisis es que tanto la falta de apoyo económico como de apoyo social no mostraron ser aspectos que generaran mayor morbilidad mental. De alguna manera contradice los hallazgos de otras investigaciones (Frankenhaeuser, 1989) donde se ha mostrado que el apoyo social es un aspecto importante para prevenir trastornos de este tipo. Las razones que se argumentaron pueden explicar en parte esta situación.

3.3.2. CONDICIONES DE TRABAJO.

3.3.2.1. LA ANTIGÜEDAD: ¿VARIABLE CONFUSORA O CAUSAL EN EL ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD MENTAL?

La relación entre la morbilidad mental y la antigüedad en el trabajo -entendida ésta como algo similar a lo que se ha llamado "tiempo de exposición"- se consideró, en esta investigación, como un aspecto directamente proporcional para presentar algún trastorno psíquico o psicossomático. Es decir, a mayor tiempo de exposición, mayor probabilidad de incrementar el riesgo de esta patología. Sin embargo, la aparición de estos trastornos inicia de manera muy temprana en la vida laboral, desde los primeros años, y no, como sucede en otras patologías reconocidas como del trabajo, muchos años después.

En este estudio se consideró tanto la antigüedad en la Institución como en el puesto de trabajo. Los resultados se muestran en los dos siguientes cuadros. En el primer caso (cuadro 16) se presenta la distribución de la morbilidad por grupos de antigüedad en la Institución. Aquí se observan diferencias importantes, aunque no estadísticamente significativas, entre las trabajadoras con una antigüedad menor de 10 años, de aquéllas con una antigüedad de 10 años o más. El riesgo, en el caso de los trastornos psicossomáticos es mayor del doble. Es un caso, que vale la pena mencionarlo, muy diferente al que se encontró con la edad, ya que ahí, las diferencias fueron muy pequeñas. Además como se ajustaron las tasas por edad, en realidad, el análisis que se hace sobre la antigüedad refleja su peso real en la generación de esta patología.

Cuadro 16

TASAS DE MORBILIDAD MENTAL(+) AGRUPADA
 POR ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN, (IMSS)

DIAGNÓSTICO AGRUPADO	<10	10 ó más	R.R.	p
Trast. Psicosomáticos	13.3	32.1	2.4	n.s.
Trastornos mentales	10.0	17.1	1.7	n.s.
Fatiga patológica	6.7	10.0	1.5	n.s.
TOTAL	30.0	59.3	2.0	**

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(**) $p < 0.01$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Cuando se analizó la morbilidad mental en relación con la antigüedad en el puesto de trabajo, se encontró que las trabajadoras con una antigüedad de entre 10 y 19 años tienen las tasas más elevadas en relación con los otros dos grupos. En el primer caso (las que tienen menos de 10 años) estas diferencias pueden tener características similares a las explicación del cuadro anterior, sin embargo, en relación con el grupo de 20 o más años de antigüedad en el puesto de trabajo, estos problemas empiezan a disminuir. Esto se ha reportado insistentemente en la literatura como el "efecto del trabajador sano". Es decir, que se van retirando trabajadoras con mucho tiempo de antigüedad que en general tienen ya problemas importantes de salud y se quedan sólo aquéllas que han podido resistir en mejores condiciones. Esta puede ser la explicación de esa disminución entre las trabajadoras con una antigüedad menor de 20 años, en comparación con las de 20 años o más.

Cuadro 17

TASAS DE MORBILIDAD MENTAL (+) AGRUPADA
POR ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO

DIAGNÓSTICO AGRUPADO	<10 (1)	10-19 (2)	20 y MÁS (3)	R.R. (2)/(1)	p
Trast. Psicossomáticos	24.2	31.5	31.4	1.3	n.s.
Trastornos mentales	13.0	23.3	5.7	1.8	n.s.
Fatiga patológica	6.5	13.7	5.7	2.1	n.s.
TOTAL	43.5	68.5	42.9	1.6	**

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(**) $p < 0.01$

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Sería importante mencionar aquí que la edad se ajustó para que no influyera en el resultado de la tasa. En relación a los resultados obtenidos, permite decir que la antigüedad sí tiene un peso en la aparición de estos trastornos, tanto en relación con la Institución como con el puesto de trabajo. Así, cuando se compararon las tasas ajustadas por edad y no ajustadas no se encontraron diferencias relevantes.

3.3.2.2. EL PUESTO DE TRABAJO.

El puesto de trabajo es un aspecto importante para el análisis de la morbilidad mental. De alguna manera esta variable muestra los aspectos comunes en relación con el tipo de trabajo que comparte un grupo de trabajadoras y, a la vez, permite resaltar e ilustrar las diferencias con otros grupos. Las variaciones en la morbilidad pueden ser una expresión de los efectos de esas condiciones de trabajo.

En relación al puesto, las trabajadoras se agruparon en cuatro diferentes categorías, tomando en consideración el tipo de

actividad y la exposición a diferentes estresores. Se puede asegurar que en cualquiera de los puestos, durante su proceso de trabajo, se encuentran presentes estresores en mayor o en menor grado.

En esta investigación se encontró que la característica principal de las laboratoristas era que estaban expuestas a múltiples riesgos y exigencias. Para el grupo de las médicas, la exigencia mayor es la responsabilidad que representa la atención directa al usuario, no se le permite falla alguna, pues las consecuencias de un error pueden ser muy serias. En el caso de las asistentes médicas -el puesto de trabajo más descalificado- sus actividades son básicamente administrativas. El trato con los usuarios es su función principal, lo que las obliga a mantenerse constantemente atentas, amables y sin perder la paciencia. Las actividades de la enfermera requieren de mucha destreza y de elevada responsabilidad.

La distribución de la morbilidad por el puesto aparece en el cuadro 18. Como se observa, las laboratoristas tienen las tasas de morbilidad mental más altas, aunque relativamente cercanas a las médicas y las asistentes. Sin embargo, presentan un riesgo 2.3 veces mayor que las enfermeras. La diferencia es significativa con una $p < 0.05$. La explicación de este hecho, como se verá en el siguiente cuadro, se debe, seguramente, a la alta exposición a riesgos y exigencias que tienen las laboratoristas en relación con las enfermeras, las cuales presentan una mucho menor frecuencia de estos problemas.

Cuadro 18

PERFIL PATOLÓGICO MENTAL (+) POR PUESTO DE TRABAJO

DIAGNÓSTICO	ASISTENTE	ENFERMERA	MEDICA	LABORATORISTA
Tr. Psicosomáticos	31.0	21.8	24.2	45.8
Trastornos mentales	17.0	7.0	24.2	20.8
Fatiga patológica	12.0	3.6	15.1	8.3
TOTAL	60.3	32.7	63.6	75.0

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Debido a que cada grupo de trabajadoras interviene de diferente forma en el proceso de trabajo, esto hace que también sean diferentes, como ya se mencionó, sus riesgos y exigencias. En el cuadro 19 se presentan las tasas específicas para cada puesto en relación con algunos estresores y también en relación con la percepción que las trabajadoras tienen acerca de sus condiciones de trabajo. Como se puede ver las tasas son mayores en las laboratoristas, pero semejantes a los puesto de médicas y asistentes. No sucede lo mismo con las enfermeras, donde el comportamiento es bastante diferente. La posible explicación, ya expresada, es seguramente la menor exposición a riesgos y exigencias que el resto de los grupos.

Cuadro 19

TASAS GENERALES DE MORBILIDAD MENTAL(+) POR PUESTO DE TRABAJO
EN RELACIÓN CON ALGUNOS ESTRESORES
Y CON LA PERCEPCIÓN DE LAS CONDICIONES LABORALES

CONDICIÓN	LABORATORISTA	MÉDICA	ASISTENTE	ENFERMERA
Ruido	120.0	111.1	78.1	15.4
Posición incómoda	114.3	90.0	114.2	92.8
Desarrollo	63.1	62.0	58.7	26.5
Creatividad	56.2	52.0	55.3	26.5
Satisfacción	61.9	55.1	54.5	35.3

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

3.3.2.3. LA DURACIÓN DE LA JORNADA.

El tiempo de trabajo está relacionado con una serie de exigencias que pueden tener repercusiones importantes en la salud mental. Entre ellas, el tipo de turno, las horas extras, el doble turno y la extensión de la jornada laboral. Pero también se presentan cotidianamente otros problemas como son las inasistencias, los retardos e incluso las pausas, las licencias, las incapacidades y otra serie de aspectos que también tienen estrecha relación con el ausentismo en el trabajo.

En el cuadro 20 se puede ver la distribución de la morbilidad mental en relación con la duración de la jornada diaria. Como se observa el grupo de trabajadoras con una jornada de ocho horas diarias tiene una tasa general más alta, incluso, sucede lo mismo para cada uno de conjuntos patológicos referidos. La diferencia para el conjunto de la morbilidad mental es significativa $p < 0.01$.

Cuadro 20

TASAS (+) DE MORBILIDAD POR DURACIÓN DE LA JORNADA

Horas diarias de trabajo	6.5 hrs.	8.0 hrs.	R.R.	p
Trastornos psicossomáticos	20.6	33.6	1.6	n.s.
Trastornos mentales	11.1	18.7	1.7	n.s.
Fatiga patológica	7.9	10.2	1.3	n.s.
TOTAL	39.6	62.6	1.6	**

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(**) $p < 0.01$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

25
cam

67
cam

3.3.2.4. AUSENTISMO.

El ausentismo es un fenómeno que se observa cotidianamente en los centros de trabajo. Las causas son múltiples, entre ellas: las necesidades personales de las propias trabajadoras, las mismas condiciones de trabajo se han mencionado como otra posible causa, la actitud que el trabajador asume con respecto a su trabajo y una de las más importantes es la ausencia por problemas de salud. Para el análisis en este apartado se tomaron en consideración los retardos, las faltas, las licencias y las incapacidades.

El análisis que se hizo, tomando como indicador el número de retardos registrados en un año, mostró, efectivamente, una tasa más elevada en las trabajadoras que tenían 40 retardos o más (véase cuadro 21). El riesgo de morbilidad mental fue 50% mayor para este grupo y la diferencia fue significativa ($p < 0.01$). También fue notoria la diferencia para el caso de los trastornos psicosomáticos, con un riesgo de 1.8 para las de 40 retardos o más y una $p < 0.05$. Las causas que originaron los retardos, aunque no fue posible conocerlas con precisión, por medio de las entrevistas se vio que estaban relacionadas con las condiciones de vida. Entre las principales causas referidas están: la lejanía del hogar al centro de trabajo, el tipo de transporte, el tráfico intenso y el tiempo de dedicación a otras actividades. Pareciera este resultado evidenciar que los retardos efectivamente están asociados con varios aspectos estresantes de la vida cotidiana y del trabajo que se manifiestan en un aumento importante de los trastornos psicosomáticos.

Cuadro 21

PERFIL PATOLÓGICO MENTAL (+) Y SU RELACIÓN
CON LOS RETARDOS

DIAGNÓSTICO	<40	=>40	R.R	p
Trastornos psicossomáticos	25.3	46.4	1.8	*
Trastornos mentales	16.1	14.2	-	n.s.
Fatiga patológica	8.5	14.2	-	n.s.
TOTAL	50.0	75.0	1.5	**

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(*) $p < 0.05$; (**) $p < 0.01$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Otro de los indicadores utilizados para el análisis fue el número de faltas registradas durante un año, lo cual se muestra en días laborables perdidos. Las faltas, al igual que los retardos, pueden ser originadas por diversas causas. Generalmente éstas se relacionan con necesidades urgentes e inaplazables de la trabajadora para resolver problemas propios o de los hijos. Es poco frecuente la mención de inasistencia por enfermedades no justificadas con incapacidad, cuando la trabajadora considera que necesita reposo. En el cuadro 22 se aprecia que hay una tasa de morbilidad mental ligeramente mayor en las trabajadoras que tuvieron alguna falta, sin embargo, estas diferencias no son significativas. Seguramente esto se deba a que esta ausencia les permite resolver algunos de los problemas cotidianos que les generan estrés.

Cuadro 22

PERFIL PATOLÓGICO MENTAL (+)
EN RELACIÓN CON LAS FALTAS AL TRABAJO

DIAGNÓSTICO	SIN FALTAS (1)	1-19 DIAS (2)	R.R. (2)/(1)	p
Trastornos psicósomáticos	28.6	29.2	1.0	n.s.
Trastornos mentales	14.3	18.1	1.3	n.s.
Fatiga patológica	8.2	11.1	1.4	n.s.
TOTAL	51.0	58.3	1.1	n.s.

(+) Tasas por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Otro indicador son las licencias registradas en un año, indicada en número de días laborables perdidos. En el cuadro 23 se observa que a mayor número de días concedidos por licencia se incrementa de manera notable el riesgo de tener algún padecimiento relacionado con la morbilidad mental (con excepción de los trastornos psicósomáticos). El riesgo es mayor del doble en las trabajadoras que tuvieron 21 días o más de licencia en comparación con los otros dos grupos. Podría ser que la licencia estuviera relacionada con algún problema de salud, lo que explicaría en buena parte la diferencia tan importante con respecto a los otros dos grupos.

Cuadro 23

PERFIL PATOLÓGICO(+) MENTAL Y SU RELACIÓN CON LICENCIAS

DIAGNÓSTICO	SIN LICENCIA (1)	1-20 DÍAS (2)	21 Y MÁS DÍAS (3)	R.R. (3)/(1)	p
Tras. psic.	28.8	21.1	57.1	2.0	*
Tras. mentales	12.5	17.3	35.7	2.9	*
Fatiga	6.7	11.5	21.4	3.2	n.s.
TOTAL	48.0	50.0	114.3	2.4	***

(+) Tasas por 100 trabajadoras.

(*) $p < 0.05$; (***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Por último, las incapacidades, como era de esperarse, resultaron ser el mejor indicador de ausentismo en relación con la morbilidad mental. En el cuadro 24 se aprecia cómo hay un incremento progresivo de la morbilidad mental total, y de cada uno de los conjuntos patológicos, entre aquellas trabajadoras que no tuvieron incapacidades médicas en el año, si se comparan con las que tuvieron hasta 40 días de incapacidad, asimismo hay un incremento, aun mucho mayor, si se comparan con aquéllas que tuvieron más de 40 días de incapacidad. Esto muestra que muchas de las enfermedades de las trabajadoras están relacionadas con trastornos psíquicos y psicosomáticos y con fatiga. Es notorio que el riesgo de fatiga es 9 veces mayor entre las trabajadoras que no tuvieron incapacidad en relación con las que tuvieron más de 40 días. Las diferencias totales y para cada conjunto patológico son significativas.

Cuadro 24

PERFIL PATOLÓGICO MENTAL (+)
Y SU RELACIÓN CON INCAPACIDADES MÉDICAS

DIAGNÓSTICO	SIN INC. (1)	<=40 DÍAS (2)	>40 DÍAS (3)	R.R. (3)/(1)	p
Tras.psic.	18.6	28.4	41.0	2.2	*
Tras. Mentales	7.0	13.6	30.8	4.4	*
Fatiga	2.3	8.0	20.5	8.8	*
TOTAL	27.9	50.0	92.3	3.3	***

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(*) $p < 0.05$; (***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

3.3.3. RIESGOS y EXIGENCIAS.

Las actuales condiciones de trabajo de la población en estudio determina la presencia de un variado e importante número de

riesgos y exigencias que pueden ser considerados, en su conjunto, como estresores laborales y que influyen, de manera importante y directa, en la salud mental de las trabajadoras. Para este estudio, y dado que son estresores conocidos, se tomaron en cuenta los siguientes: calor, ruido, esfuerzo físico, posiciones incómodas, trabajo intenso, trabajo monótono, trabajo repetitivo y aislamiento durante gran parte de la jornada. Es muy importante resaltar que, en todos los casos, las diferencias fueron significativas, con riesgos relativos muy altos al comparar las trabajadoras expuestas y las no expuestas a estos distintos estresores.

El calor ha sido reconocido como un estresor, y la exposición a éste puede influir en la aparición de trastornos, principalmente la fatiga. En el cuadro 25 se aprecia que la tasa general de morbilidad mental de las trabajadoras expuestas a calor intenso, durante gran parte de la jornada, es más alta y la diferencia es significativa con una ($p < 0.01$). Con las tasas específicas para cada uno de los conjuntos patológicos sucede lo mismo. Sin embargo, es notoria la diferencia entre las expuestas y no expuestas en relación con la fatiga, ya que el riesgo de las primeras es dos y medio veces mayor que las segundas.

Cuadro 25

TASAS (+) DE MORBILIDAD POR EXPOSICIÓN AL CALOR

DIAGNÓSTICO	SÍ	NO	R.R.	p
Trastornos psicosomáticos	31.2	26.6	1.2	n.s
Trastornos mentales	21.2	11.1	1.9	n.s
Fatiga patológica	13.8	5.5	2.5	n.s
TOTAL	66.2	43.3	1.5	**

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(**) $p < 0.01$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

El ruido es otro de los estresores que ha sido reconocido en la relación con la morbilidad mental. En el cuadro 26 y en la gráfica 6 podemos observar que efectivamente existe una asociación con el ruido. La tasa correspondiente a las trabajadoras expuestas, se eleva notablemente, y la diferencia es significativa con una ($p < .001$).

Cuadro 26

TASAS (+) MORBILIDAD POR EXPOSICIÓN AL RUIDO

DIAGNÓSTICO	SÍ	NO	R.R.	p
Trastornos psicossomáticos	40.6	21.7	1.9	**
Trastornos mentales	20.3	13.2	1.5	n.s.
Fatiga patológica	15.6	5.7	2.8	*
TOTAL	76.6	40.6	2.0	***

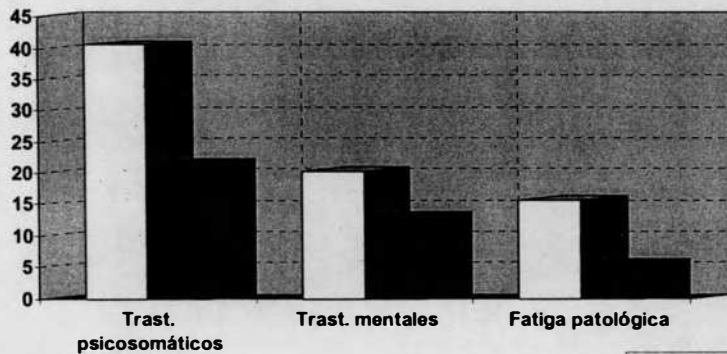
(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(*) $p < 0.05$; (**) $p < 0.01$; (***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Gráfica 5

TASAS* DE MORBILIDAD POR EXPOSICIÓN AL RUIDO



(*) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual UMF 7, 1994.

Las exigencias presentes en el proceso laboral para este grupo de trabajadoras, tienen características muy particulares, pues generalmente necesitan: efectuar varias tareas simultáneamente,

subir y bajar escaleras, mantener elevada atención, asumir la responsabilidad de asistir con seguridad al paciente, mantener gran control sobre su trabajo, repetir con frecuencia indicaciones específicas a los usuarios, lo que evidentemente ocasiona que la trabajadora realice un importante esfuerzo físico y mental.

En el cuadro 27 se observa la diferencia de morbilidad mental entre las trabajadoras sometidas a esfuerzo físico moderado o pesado y aquéllas sometidas a esfuerzo físico ligero. Con excepción de los trastornos psicósomáticos, las expuestas presentan tasas mucho más elevadas que las no expuestas. Esta diferencia significativa en todos los casos, llega a ser incluso tres veces mayor para la fatiga patológica.

Cuadro 27

TASAS (+) DE MORBILIDAD POR EXPOSICIÓN
A ESFUERZO FÍSICO

DIAGNÓSTICO	SÍ	NO	R.R.	p
Trastornos psicósomáticos	31.2	28.6	1.0	n.s.
Trastornos mentales	31.2	14.3	2.2	**
Fatiga patológica	25.0	7.8	3.2	*
TOTAL	87.5	50.6	1.7	***

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(*) $p < 0.05$; (**) $p < 0.01$; (***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Muchas de las trabajadoras estudiadas tienen que adoptar posiciones incómodas y forzadas durante gran parte de su jornada laboral. Las más frecuentes son: permanecer paradas mucho tiempo en un mismo sitio y estar encorvadas o sentadas durante largo tiempo. A esto se agrega la falta de pausas, lo que muchas veces hace imposible el cambio de posición. En el cuadro 28 y en la

gráfica 6 se puede apreciar que la diferencia es significativa en todos los casos al comparar a las trabajadoras sometidas a posiciones incómodas con las no expuestas ($p < 0.001$). Además, se puede ver que el riesgo relativo, en todos los casos, es mayor de 2.5, lo que habla de que esta exigencia es una de las más importantes como estresora en el trabajo y como generadora de morbilidad mental.

Cuadro 28

TASAS (+) DE MORBILIDAD POR EXPOSICIÓN
A POSICIONES INCÓMODAS

DIAGNÓSTICO	SÍ	NO	R.R.	p
Trastornos psicósomáticos	51.1	20.8	2.5	***
Trastornos mentales	31.1	10.4	3.0	***
Fatiga patológica	20.0	5.6	3.6	***
TOTAL	102.2	36.8	2.8	***

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.



El trabajo intenso es otra de las características de este grupo de trabajadoras. Esto se debe en general al ritmo acelerado

ocasionado por las múltiples actividades que necesitan efectuar en un tiempo corto. Esto origina que el grado de control que la trabajadora ejerce sobre su actividad disminuya y aumente el grado de atención que tiene que poner en las tareas, lo que incrementa el estrés agudo y crónico y, por lo tanto, la morbilidad mental. A esto se añade que el tiempo que tiene asignado la trabajadora para cada tarea es, en ocasiones, mínimo y se combina con que la tarea tiene que ser de alta calidad por el tipo de actividad que se realiza. En el cuadro 29 se puede apreciar la diferencia significativa, con excepción de los trastornos mentales y se presentan un riesgo mayor del doble en las expuestas comparadas con las trabajadoras no sometidas a trabajo intenso.

Cuadro 29

TASAS (+) DE MORBILIDAD POR EXPOSICIÓN
A TRABAJO INTENSO

DIAGNÓSTICO	SÍ	NO	R.R.	p
Trastornos psicósomáticos	45.6	14.3	3.2	***
Trastornos mentales	20.2	12.0	1.7	n.s.
Fatiga patológica	13.9	5.5	2.5	**
TOTAL	79.7	31.9	2.5	***

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(**) $p < 0.01$; (***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

También el trabajo monótono es un estresor, ya que éste provoca aburrimiento y hastío, pero también, cansancio mental y depresión, lo que a su vez se relaciona con fatiga patológica. En el cuadro 30 y en la gráfica 7 se puede ver esta dramática situación, ya que los riesgos relativos (tanto el general, como por los diversos padecimientos) va de 3.1 veces mayor para los expuestos, llegando incluso a 5.5 veces más para el caso de la

fatiga. Esto hace que la monotonía sea un elemento altamente nocivo para la salud mental. Las diferencias, por supuesto, son significativas en todos los casos, con una $p < 0.001$.

Cuadro 30

TASAS (+) DE MORBILIDAD
POR EXPOSICIÓN A TRABAJO MONÓTONO

DIAGNÓSTICO	SÍ	NO	R.R.	p
Trastornos psicosomáticos	76.9	24.8	3.1	***
Trastornos mentales	53.8	12.7	4.2	***
Fatiga patológica	38.5	7.0	5.5	***
TOTAL	169.2	44.6	2.2	***

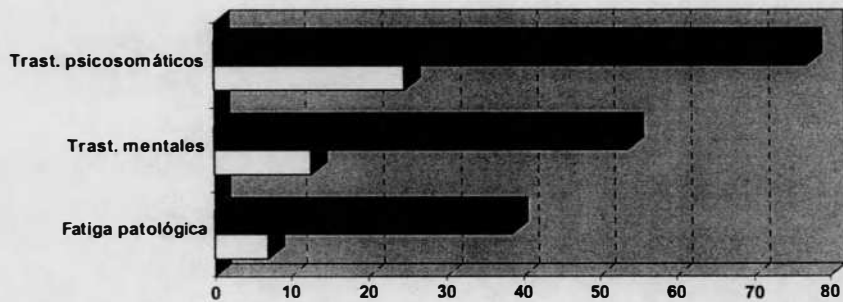
(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

92.3

Gráfica 7 TASA* DE MORBILIDAD POR EXPOSICIÓN AL TRABAJO MONÓTONO



(*) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual, UMF 7, 1994.

■ EXPUESTO
□ NO EXPUESTO

De manera similar al trabajo monótono, el trabajo repetitivo tiene un efecto negativo para la salud mental. La repetición de una misma tarea puede provocar hastío, cansancio mental y aburrimiento. En el cuadro 31 y en la gráfica 8 se puede apreciar que la diferencia es significativa en todos los casos entre las trabajadoras expuestas al compararlas con las no expuestas y el

riesgo de padecer algún trastorno psíquico, psicossomático o fatiga es 3 veces más alto en las trabajadoras expuestas.

Cuadro 31

TASAS (+) DE MORBILIDAD POR EXPOSICIÓN
A TRABAJO REPETITIVO

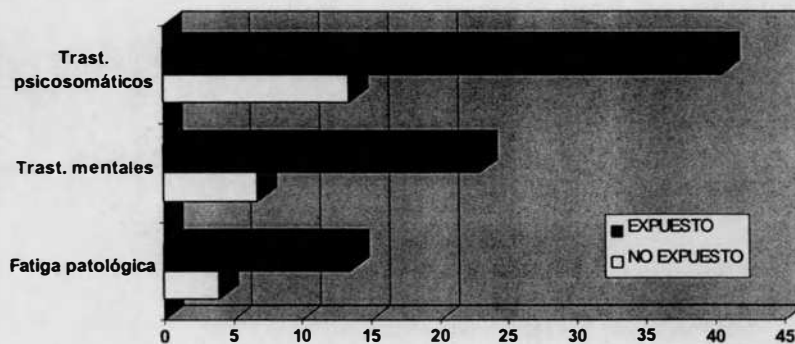
DIAGNÓSTICO	SÍ	NO	R.R.	p
Trastornos psicossomáticos	40.6	13.5	3.0	***
Trastornos mentales	22.9	6.8	3.4	***
Fatiga patológica	13.5	4.0	3.3	*
TOTAL	77.0	24.3	3.2	***

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(*) $p < 0.05$; (***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Gráfica 8 TASA* DE MORBILIDAD POR EXPOSICIÓN A TRABAJO REPETITIVO



* Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual, UMF7, 1994.

En síntesis, muchos de los riesgos y exigencias que se generan por las condiciones laborales a que se someten las trabajadoras de la salud se refleja, de manera importante y significativa, en su perfil patológico mental. Es importante entonces pensar en posibles modificaciones en el proceso laboral que puedan beneficiarlas por las condiciones laborales en que están

inmersas. Medidas relacionadas con la forma de organización del trabajo tienen que implementarse si se quiere modificar sustancialmente esta situación.

3.3.4. PERCEPCIÓN DE LAS TRABAJADORAS.

La encuesta individual tenía un apartado que incluía preguntas de opinión en las que la trabajadora contestaba sobre la forma en que percibe su trabajo. Se indagó acerca de varios aspectos: el sentimiento de preocupación sobre la posibilidad de que el trabajo le ocasionara algún daño a su salud; si sabía que su trabajo le había ocasionado daño y, por otro lado, aspectos positivos como: si su trabajo le permitía desarrollar sus habilidades y capacidades, si sentía satisfacción al realizar su actividad, si su trabajo le permitía desarrollar su creatividad, si el trato con los usuarios era satisfactorio y, por último, si el trato con sus compañeros "era cordial y si existía colaboración.

Estos aspectos son sustanciales para mantener un equilibrio emocional. Si la trabajadora considera que las condiciones son apropiadas favorece de manera importante su salud mental. Por el contrario, si considera inapropiadas esas condiciones de trabajo puede incrementar el riesgo de padecer trastornos psíquicos o psicosomáticos e, incluso, puede incrementarse la presencia de fatiga.

En el cuadro 32 y en la gráfica 9 llama la atención cómo las trabajadoras que contestaron que sí estaban preocupadas por los daños a la salud que el trabajo les pudiera ocasionar, tuvieron las tasas de morbilidad mental más elevadas. Incluso la

diferencia es altamente significativa ($p < 0.001$) en todos los padecimientos, lo que muestra que la conciencia sobre la peligrosidad del trabajo que realizan estas trabajadoras también tiene consecuencias para su salud mental. El riesgo fue desde 2 y hasta 5.5 veces mayor en las trabajadoras con una mayor preocupación por el riesgo a que se someten que aquéllas que no lo consideran así. Es evidente que esta situación está estrechamente relacionada con las condiciones objetivas de peligrosidad.

Cuadro 32

TASAS (+) DE MORBILIDAD POR LA PREOCUPACIÓN
DEL TRABAJADOR DE SUFRIR DAÑO
A LA SALUD OCASIONADO POR SU TRABAJO

DIAGNÓSTICO	SÍ	NO	R.R.	p
Trastornos psicossomáticos	37.9	17.3	2.2	***
Trastornos mentales	23.1	6.7	3.5	***
Fatiga patológica	14.7	2.7	5.5	***
TOTAL	75.8	26.7	2.8	***

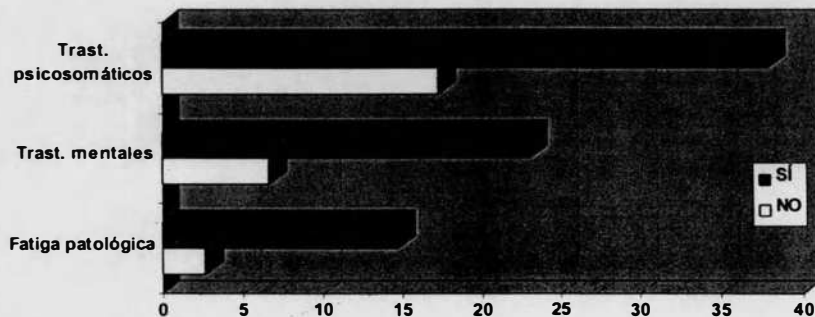
(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Gráfica 9

PREOCUPACIÓN POR DAÑO LABORAL



(*) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual, UMF 7, 1994.

De una forma menos marcada que la anterior, el cuadro 33 muestra las tasas de morbilidad mental comparando a las trabajadoras que consideraron que su trabajo les había ocasionado daño a su salud y aquéllas que pensaban que no era así. Es importante volver a mencionar que hay una evidente justificación objetiva para hacer estas consideraciones. Los resultados mostraron que la diferencia en la morbilidad mental total fue significativa entre las que contestaron positivamente en relación con aquéllas que contestaron de una manera negativa.

Es notorio, si se compara con el cuadro anterior, que aquí las diferencias no fueron tan marcadas, sobre todo en los distintos conjuntos patológicos. Una probable explicación a esta variación, puede deberse a que la pregunta acerca del daño a la salud es más comprometedora que la anterior.

Cuadro 33

TASA (+) DE MORBILIDAD MENTAL EN RELACIÓN
CON LA OPINIÓN SOBRE SI EL TRABAJO LES HABÍA
OCASIONADO DAÑOS A LA SALUD

DIAGNÓSTICO	SÍ	NO	R.R.	p
Trastornos psicossomáticos	31.0	26.3	1.2	n.s
Trastornos mentales	17.2	14.4	1.2	n.s
Fatiga patológica	12.0	7.6	1.6	n.s
TOTAL	60.3	48.3	1.2	**

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(**) $p < 0.01$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Algunas sensaciones de bienestar mientras una trabajadora realiza sus actividades puede tener un efecto protector en relación con la patología mental. También, la ausencia de éstas, pueden tener efectos negativos sobre estos trastornos. Si la trabajadora

considera que su trabajo le permite desarrollar sus habilidades, sentirá mayor bienestar, consecuentemente efectuará mejor su trabajo.

En el cuadro 34 podemos observar las tasas de morbilidad mental comparando a las trabajadoras que sienten que su trabajo les permite desarrollar sus habilidades con respecto a aquéllas que consideran lo contrario. Claramente en estas últimas se elevan las tasas de morbilidad. Las diferencias son significativas, con excepción de los trastornos psicósomáticos. Incluso el riesgo, para el caso de la fatiga, es tres veces mayor para las trabajadoras que consideran que su trabajo no les permite desarrollar sus capacidades. Esto señala una de las manifestaciones de la insatisfacción en el trabajo.

Cuadro 34

TASAS (+) DE MORBILIDAD MENTAL EN RELACIÓN
CON LA PERCEPCIÓN SOBRE EL DESARROLLO DE HABILIDADES

DIAGNÓSTICO	SÍ (1)	NO (2)	R.R. (2)/(1)	p
Trastornos psicósomáticos	28.7	29.6	1.0	n.s.
Trastornos mentales	13.3	29.6	2.2	*
Fatiga patológica	7.0	22.2	3.2	*
TOTAL	49.0	81.5	1.7	***

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(*) $p < 0.05$; (***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Como ya se mencionó, las sensaciones de bienestar que un trabajador experimenta mientras realiza su trabajo, ejercen un efecto protector para la salud mental. Si el trabajador, se siente satisfecho por sus actividades, reflejará armonía, resultado de su adecuada relación con el proceso laboral.

En el cuadro 35 y en la gráfica 10 podemos apreciar cómo las trabajadoras que contestaron que no sienten satisfacción en su trabajo presentan tasas de morbilidad mental mucho más elevadas que aquéllas que sí sienten satisfacción por el mismo. El riesgo de trastornos de este tipo varía de 1.6 a 3.7 para las primeras en relación con las segundas. Las diferencias son significativas con excepción de los trastornos psicossomáticos.

Cuadro 35

MORBILIDAD MENTAL (+) Y SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO

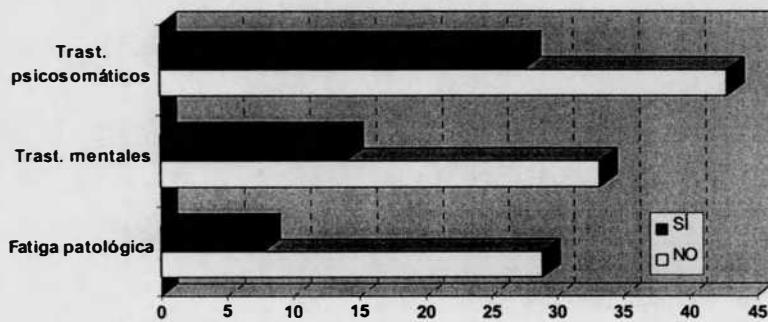
DIAGNÓSTICO	SÍ (1)	NO (2)	R.R. (2)/(1)	p
Trastornos psicossomáticos	27.6	42.9	1.6	n.s.
Trastornos mentales	14.1	33.3	2.5	**
Fatiga patológica	7.7	28.9	3.7	**
TOTAL	49.4	107.1	2.0	***

(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(**) $p < 0.01$; (***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Gráfica 10 SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO



(*) Tasa por 100 trabajadoras.

Fuente: Encuesta individual, UMF7, 1994.

El ser humano por naturaleza es creativo, para alcanzar su propio desarrollo personal. Necesita sentir que puede aplicar su

creatividad en todo aquello que hace. Sin embargo, en la actualidad, en la mayoría de las actividades que efectúan los trabajadores, no es posible aplicar dicha creatividad en cada tarea. Es muy probable que las formas modernas de organización y división del trabajo limiten, en gran parte, este aspecto tan valioso para el desarrollo del ser humano. La creatividad puede ejercer un efecto protector para la salud, ya que ayuda a mantener el equilibrio mental; la ausencia de ésta puede producir efectos importantes en la salud.

En el cuadro 36 y en la gráfica 11 se observa que las trabajadoras que no pueden incorporar su creatividad en el trabajo presentan problemas de salud mental con una frecuencia mucho mayor que aquéllas que sí pueden incorporar su creatividad en el trabajo. El riesgo va de 1.5 a 3 veces mayor para las primeras en comparación con las segundas. Las diferencias, con excepción de los trastornos psicósomáticos son significativas. Esto haría pensar también que estos elementos tienen repercusiones importantes sobre la fatiga y los trastornos mentales. Es notorio que la esfera menos afectada sea la de los trastornos psicósomáticos.

Cuadro 36

MORBILIDAD MENTAL(+) Y CREATIVIDAD EN EL TRABAJO

DIAGNÓSTICO	SÍ (1)	NO (2)	R.R. (2)/(1)	p
Trastornos psicósomáticos	25.8	38.1	1.5	n.s.
Trastornos mentales	11.7	28.6	2.4	***
Fatiga patológica	6.3	19.0	3.0	**
TOTAL	43.8	85.7	2.0	***

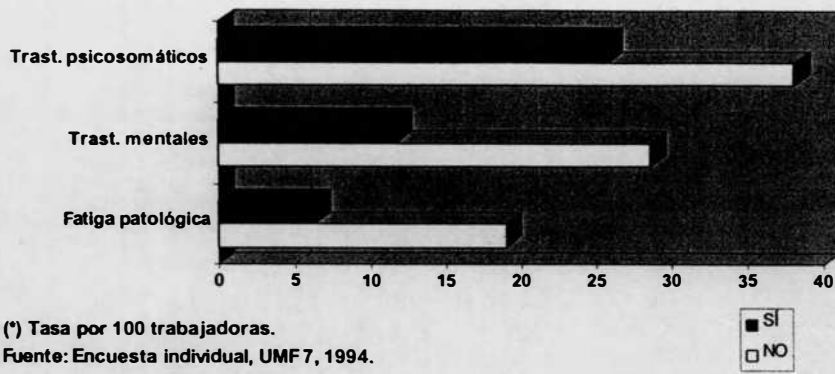
(+) Tasa por 100 trabajadoras.

(**) $p < 0.01$; (***) $p < 0.001$.

Fuente: Encuesta individual de la UMF 7, 1994.

Gráfica 11

CREATIVIDAD EN EL TRABAJO



Para el estudio también se utilizó como un indicador la relación que existía entre la trabajadora y el usuario. Los resultados del análisis reportaron que la mayoría de los trabajadores sentían que existía una relación armoniosa. Al parecer una explicación de este resultado pueda ser la manera de formular la pregunta, ya que ésta puede ser comprometedor. La comparación entre los dos grupos no mostró diferencias significativas.

Consideramos necesario explorar como se sentía la trabajadora dentro del equipo de trabajo, entonces preguntamos si la cooperación entre ellos era aceptable nuevamente no se obtuvieron diferencias significativas entre los dos grupos.

También consideramos necesario saber cómo se encontraban las relaciones entre las trabajadoras, y si sentían que mantenían cordialidad entre ellas, los resultados de este análisis fueron muy interesantes porque la diferencia fue significativa con una $p < 0.001$ y un riesgo relativo del doble. Las trabajadoras que reportaron que percibían cordial la relación con sus compañeras

tuvieron una tasa menor comparadas con las que contestaron que no, esto parece indicar que la cordialidad también puede ejercer un efecto protector para la salud.

4. CONCLUSIONES.

Esta investigación ha sido estimulante en muchos aspectos. Por un lado, permitió entender la relación entre tres elementos que son muy relevantes en nuestro campo de estudio: la situación de la mujer y, en particular, de las trabajadoras de la salud; la asociación entre las condiciones de vida y de trabajo y la percepción que tienen estas mujeres sobre ellas y, por último, algunos de los trastornos mentales íntimamente relacionados con las dos situaciones anteriores. Por otro lado, permitió sistematizar una serie de procedimientos útiles para el ejercicio de la investigación en el campo de la salud en el trabajo y para continuar por esta vía.

Los hallazgos resultaron ser, incluso, más interesantes de lo que se esperaba. Así, se encontró, en primer lugar, algo que con frecuencia se menciona, pero que hay pocos estudios que lo prueban: que los trastornos mentales están relacionados con todos los ámbitos de la vida de las mujeres. Sin embargo, este aspecto multifactorial no hace que la producción de estos problemas sea caótica o que no puedan estudiarse con rigor las causas que los generan. Esto fue quizá el elemento central del trabajo, ya que se encontraron causas y problemas similares a los de otras investigaciones, como productores de trastornos psíquicos y psicosomáticos, pero también se encontraron explicaciones distintas a las ya conocidas que, seguramente, podrán enriquecer

este campo de estudio y también podrán servir para generar de ahí acciones pertinentes para su solución.

Durante la investigación apareció como algo importante la necesidad de darle un peso específico a cada uno de los grandes ámbitos estudiados, tanto las llamadas condiciones de vida, como las condiciones de trabajo, pero también a las características de cada una de las mujeres del estudio y la percepción que tienen sobre esa realidad estudiada.

En relación con las llamadas "condiciones de vida" se encontró que las mujeres que son madres reportaron una morbilidad mayor. La explicación probablemente se deba a que tienen un mayor desgaste físico y emocional ocasionado por el trabajo y la responsabilidad que representa el cuidado de los hijos. Así, también se evidenció en la investigación que a mayor número de hijos mayor frecuencia de trastornos mentales.

De la misma manera sucedió en el caso de las mujeres que no contaban con ayuda para el trabajo doméstico. Esta situación, como la anterior, trae consigo un gran desgaste físico y mental y diferencia, claramente, a unas mujeres de otras. Las que no tienen ayuda necesitan realizar una nueva jornada de trabajo, inmediatamente después de terminar con las actividades que les exige el trabajo asalariado. Las otras, aunque requieren realizar algunas actividades, éstas no implican un estrés tan grande ni un esfuerzo físico y mental de la misma magnitud. En ese mismo sentido se presentó mayor patología para aquellas mujeres que compartían su vida con una pareja.

Por otra parte, resultó interesante cómo el sostenimiento económico del hogar, que es un factor estresante (porque representa la satisfacción de la vivienda, del vestido, de los alimentos, los gastos escolares, etcétera) no mostró diferencias importantes entre las trabajadoras que no tenían apoyo económico de aquéllas que sí podían recurrir a otras personas para solucionar ese problema. La explicación probable es que las mujeres que no cuentan con apoyo económico han adaptado -como estrategia de sobrevivencia- sus necesidades a sus ingresos y, además, la ayuda económica de otra persona, no necesariamente resuelve las necesidades básicas. Por el contrario, mujeres que no cuentan con otro ingreso más que el suyo pueden satisfacer mejor ciertas necesidades básicas que otras que, a pesar de la ayuda, tienen un ingreso bastante reducido.

En relación con el apoyo social, que actualmente es un tema ampliamente debatido, y que para esta investigación se entendió como todo aquello que representa una filiación afectiva (amigos, compañeros, familiares, pareja) los resultados obtenidos llaman mucho la atención, ya que difieren de otros estudios. En la investigación, las mujeres que reportaron tener apoyo social presentaron mayor morbilidad mental.

Una de las explicaciones es porque la creencia de que el apoyo social ayuda a reducir el estrés, lo cual es cierto. Sin embargo, esta acción no habla acerca de si las personas que buscan este apoyo social son precisamente las que tienen mayores trastornos y, por eso, recurren a él. Así, en este caso, el apoyo social sería una consecuencia de la presencia de mayores trastornos mentales (lo que haría que recurrieran a este tipo de filiación

para solucionar o afrontar los problemas cotidianos) y no un mecanismo de prevención de esos trastornos.

En relación con las características del trabajo asalariado, en esta investigación se encontró que el perfil de salud-enfermedad mental está estrechamente relacionado con esas características.

Los hallazgos mostraron que el tiempo de exposición sí está relacionado con la enfermedad, las trabajadoras con mayor antigüedad en el puesto tuvieron mayor morbilidad mental. También el puesto de trabajo pareció determinante, ya que aquéllas trabajadoras cuyo puesto tiene mayores riesgos y exigencias presentaron también más problemas de salud. En el mismo sentido se encontró la relación de estos problemas con la duración de la jornada, ya que a menor tiempo de dedicación al trabajo asalariado menor morbilidad mental. Sin embargo, estos tres aspectos tuvieron menor relevancia que los riesgos y las exigencias, la percepción de las mujeres sobre sus condiciones de trabajo y las posibilidades de desarrollo en el mismo.

Algunas variables relacionadas con el ausentismo mostraron estrecha relación con la patología mental. La variable más importante, sin duda, fue la de incapacidades médicas. De esta manera se evidenció una muy estrecha asociación con el conjunto del perfil patológico mental. En menor grado, pero también relevante, fue la asociación entre estos trastornos y los retardos o las licencias en ese año.

Los principales riesgos y exigencias que actuaron como estresores en el proceso laboral de estas trabajadoras de la salud fueron: el calor, el ruido y el esfuerzo físico (factores ampliamente

conocidos), pero fueron estresores mucho más importantes algunas exigencias menos conocidas y estudiadas como las posiciones incómodas y forzadas y el trabajo intenso, monótono y repetitivo.

En relación a la percepción de las trabajadoras sobre sus condiciones laborales y el riesgo que éstas representan se encontró que la preocupación por los daños que su trabajo les pueda ocasionar tuvo una estrecha vinculación con los trastornos estudiados.

En varias investigaciones ya se ha iniciado el estudio del control en el trabajo y su relación con la patología mental. También de la relación del contenido del trabajo o la carencia de éste en la producción de trastornos mentales. En esta investigación hubo hallazgos relevantes en este sentido, ya que el desarrollo de habilidades y destrezas en el trabajo, como la satisfacción y la creatividad en el mismo fueron aspectos "protectores", o sea, preventivos de trastornos mentales y fatiga. Dicho de otra manera, la carencia de contenido del trabajo es un elemento generador de morbilidad mental. Es muy interesante observar que no se encontraron diferencias entre las trabajadoras con carencia de contenido del trabajo de las otras en relación con los trastornos psicósomáticos, aunque sí y de manera muy clara con los trastornos mentales y la fatiga. Pareciera que la posibilidad de desarrollo de las capacidades previene de: la irritabilidad, la ansiedad, la depresión y la fatiga, mas no así de los trastornos psicósomáticos digestivos y cardiovasculares que, muy probablemente, estén más asociados al estrés y no tanto al contenido del trabajo.

5. BIBLIOGRAFÍA.

American Psychiatric Association

1988 **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-III-R**, Masson, Barcelona (versión española).

American Psychiatric Association

1995 **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV**, Masson, Barcelona (versión española).

Aronson, G.

1989 "Dimensions of control as related to work organization, stress and health", **International Journal of Health Services**, 19(3):459-468.

Basaglia, F. y Col.

1978 **La salud de los trabajadores**, Nueva Imagen, México.

Berman, S.

1990 "¿Fatiga, estrés, desgaste laboral?. Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre el trabajo y la salud", **Cuadernos Médico-Sociales**, CEES, Argentina, marzo, (51):45.

Braverman, H.

1981 **Trabajo y Capital monopolista**, Nuestro Tiempo, México.

Breilh, J.

1989 **Epidemiología, Economía, Medicina y Política**, Fontamara, México.

Breilh, J.

1993 "Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. Deterioro de la salud de los internos de Quito, Ecuador", **Salud Problema**, Universidad Autónoma Metropolitana, México, (23).

Conrad, P.

1977 "Sobre la Medicalización de la Anormalidad y el Control Social", **Psiquiatría Crítica**, Grijalbo/Crítica, Barcelona, 68-97.

Estryn, B. y Col.

1990 "Stress at Work and mental health status among female hospital Workers", **British Journal of Industrial Medicine**, (47):20-28.

Frankenhaeuser, M. y Col.

1976 "Underload and overloads in working life: aoutline of a multidisciplinary approach", **Journal of Human Stress**, 2(3):35-46.

Frankenhaeuser, M.

1989 "A Biopsychosocial approach to work life issues", **International Journal of Health Services**, 19(4):747-758.

Gardell, B.

1982 "Scandinavian research on stress in working life", **International Journal of Healt Service**, 12(1):31-39.

Gregory, Y.

1970 "Trastornos Neuróticos", **Psiquiatría Clínica**, Interamericana, México.

Guinsberg, E.

1990 **Normalidad, Conflicto Psíquico, Control Social. Sociedad, Salud y Enfermedad-Mental**, Plaza y Valdés Editores, México.

Hall, E.

1989 "Gender work control and stress a theoretical discussion amd empírical test", **International Journal of Health Services**, 19(4):725-745.

Jervis, G.

1977 **Manual Crítico de Psiquiatría**, Anagrama, Barcelona.

Karasek, R. y Col.

1990 "The Psychosocial work enviroment", **Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life**, Basic books, inc. Publishers, New York. 31-82.

Kawakami, N.

1990 "Effects of job stress on ocurrence of mayor depression in Japanese industry, a case control study nested in a cohort study", **Journal of Occupational Medicine**, 32(8):143-149.

Kelloway, E.

1994 "Job Characteristics, role stress and mental health",
Journal of Occupational Psychology, The British
Psychological Society, Great Britain, (6)291-300.

Laurell, C. y Col.

1989 **Manual conocer para cambiar, estudios de la salud en el
trabajo**, UAM, México.

Laurell, C. y Col.

1993 "Las exigencias del trabajo en una industria mexicana y sus
efectos en la salud mental", **Salud Problema y Debate**, Buenos
Aires, (9).

Lenon, M.

1992 "Women and mental health: The interaction of Job and Family
conditions", **Journal of Health and Social Behavior**,
Diciembre, 33:316-327.

Leppanen, R.

1987 "Psychological stress experienced by health care personnel",
Scand. J. Work Environ Health, (13):1-8.

Mendes, R.B.

1984 **Medicina e historia, Raíces Sociales del Trabajo Médico**
Siglo XXI, México.

Molina, G.

1989 **Introducción al Derecho de la Seguridad Social**, Orlando
Cárdenas, México, 1-31.

Morales, E.

1989 **Factores Psicosociales en el Ambiente de Trabajo**, IMSS,
México.

Morris, Ch.

1992 **Psicología Nuevo Enfoque**, De. Prentice Hall 7a ed. 497-500.

Noriega, M.

1989 "El trabajo, sus riesgos y la salud", **En Defensa de la Salud
en el Trabajo**, SITUAM, México, 5-12.

Pérez, E. y Col.

1982 "Premisas Históricas-Socioculturales y la Salud Mental",
Salud Mental, Instituto Mexicano de Psiquiatría,
15(2):6-13.

Petrescu, L.

1980 "Mecanismos y situaciones que engendran el surmenage", **El Surmenage**, Herder, Barcelona, 52-100

Phelps, S.

1991 "When women lose their jobs", **Personnel Journal**, August, 70:64-69.

Vite, S.

1990 "Antigüedad laboral y su relación con la autoestima de la mujer", **Revista Mexicana de Psicología**, 7(1-2):51-55.

Ramírez, A.J.

1996 "Menthall health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work", **Lancet** 347:724-28

Salama, H.

1985 **Guestalt para Todos**, IMPG, México.

Salama, H.

1992 **Enfoque Gestalt una Psicoterapia Humanista**, Ed. Manual Moderno, México, 85-89.

Szazs, T.

1970 "Mito de la enfermedad mental", **Ideología y Enfermedad Mental**, Amorrortu, Buenos Aires, 22-34, 75-84.

6. ANEXOS

6.1 GUÍA DE OBSERVACIÓN.

GUÍA DE OBSERVACIÓN Y GUÍA DE ENTREVISTA CON INFORMANTE CLAVE

DEPARTAMENTO _____
RESPONSABLE _____

JORNADA DE TRABAJO

1. Turnos que labora el departamento:
2. Número de trabajadores por turno:
3. Duración de jornada diaria:
4. Duración de la jornada semanal

5. Señale si existen formas de prolongar la jornada de trabajo:

6. Señale si existen pausas:

7. En caso afirmativo señale motivos y tiempo de duración:

PROCESO DE TRABAJO

8. Señale las etapas o actividades del proceso de trabajo en el departamento desde el inicio del flujo hasta el final.

9. Señale el número de trabajadores por actividad o por puesto.

10. Describa las características del área de trabajo del departamento.
 - a) áreas abiertas (superficie aproximada, material del piso).

 - b) áreas cerradas (superficie aproximada, material del piso, altura de techo, iluminación, ventilación, características generales de construcción).

11. Breve descripción de las actividades del departamento.

12. Objeto de trabajo de la actividad (uso de sustancias, líquidos, solventes, productos biológicos).

13. Descripción detallada de los instrumentos de trabajo para cada actividad.

14. Descripción de la división y organización en cada actividad y las exigencias que se requieren para las actividades.

a) Trabajo de equipo o solo:

b) Existen jerarquías cuáles son:

c) Grado de atención requerido alto, medio, bajo

d) Grado de precisión requerido alto, medio, bajo

e) Grado de apremio de tiempo alto, medio, bajo

f) No poder desplazarse de su puesto

g) Falta de entrenamiento para el puesto y actividad

h) Grado de responsabilidad alto, medio, bajo.

i) Reconocimiento social del trabajo alto, medio, bajo.

j) Cambios de área de trabajo muy frecuente, frecuente, poco frecuente.

k) Posibilidad de realizar modificaciones para organizar sus actividades o tareas.

l) Posibilidad de hacer sugerencias a sus jefes.

m) Posibilidad de comunicarse con los demás compañeros.

n) Posibilidad de corregir errores.

15. Si existen instalaciones eléctricas, señalar si se utilizan para iluminación y/o como fuente de energía del equipo y sus características.

16. Otras instalaciones de energía (calderas, instalaciones de gas), si existen, señalar sus características y uso.

17. Instalaciones de agua. Señalar características y utilización.

- a) Agua para beber
- b) Sanitarios
- c) Vestidores
- d) Areas de descanso
- e) Comedor

MAESTRÍA EN SALUD EN EL TRABAJO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 7 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL

ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN SOBRE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD EN EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA, MÉDICAS Y ASISTENTES MÉDICAS

CONSIDERACIONES GENERALES

1. Este cuestionario que usted llenará a continuación, es parte del estudio sobre las condiciones de trabajo y salud del personal de enfermería, médicas y asistentes médicas de la unidad de Medicina Familiar Núm. 7.
2. La información que proporcione tendrá un carácter estrictamente confidencial y su utilidad será sólo de interés epidemiológico y estadístico.
3. El éxito de este estudio también depende de usted, de la veracidad y precisión en contestar cada pregunta, porque va a permitir conocer la situación de los problemas más frecuentes y graves en salud.
4. 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.
5. Si tiene alguna duda puede consultar con el encuestador.

Gracias por su colaboración.

Fecha: _____

I. ASPECTOS GENERALES DE TRABAJO.

Para contestar el siguiente estudio solamente deberá marcar con una x sobre la línea de la opción que usted considere se acerca más a su respuesta (SI o NO). Algunas preguntas deberán ser contestadas con alguna anotación adicional según sea el caso.

NOTA: Por favor no haga anotaciones en los recuadros que se encuentran en el margen derecho.

1. Fecha de ingreso al servicio actual. Día _____ Mes _____ Año _____
2. Fecha de ingreso al departamento actual. Día _____ Mes _____ Año _____
3. Fecha de ingreso a la categoría actual. Día _____ Mes _____ Año _____
4. Servicio en que labora actualmente _____
5. Departamento al que pertenece actualmente _____

- | | SI | NO | |
|---|-------|-------|--------------------------|
| 6. ¿Le preocupa que su trabajo le pueda ocasionar algún daño a su salud? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Considera que su trabajo le ha ocasionado algún daño a su salud?
(Si contesta No pase a la pregunta 9) | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Cuál(es)? _____
_____ | | | <input type="text"/> |
| 9. ¿Su trabajo le permite en gran parte de la jornada, desarrollar sus habilidades y destrezas? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Le parecen satisfactorias las actividades que realiza durante su trabajo? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Su trabajo le permite en gran parte de la jornada desarrollar su creatividad e iniciativa? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Considera usted que la relación asistencial con los pacientes, la mayor parte de las veces es satisfactoria? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Recibe usted cooperación de otros miembros del equipo de salud en las actividades que realiza? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Existe cordialidad entre los integrantes del equipo de salud? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |

II. CONDICIONES Y ESTILO DE VIDA.

15. ¿Cuál es su estado civil actual?

- Soltera _____
- Casada _____
- U. Libre _____
- Divorciada _____
- Viuda _____

16. ¿Tiene usted hijos? SI _____ NO _____
(Si contesta NO pase a la pregunta 18)

17. Enumere las edades de sus hijos empezando del menor al mayor.

18. ¿Las actividades domésticas son realizadas principalmente por? (sólo dé una respuesta)

- Toda la familia _____
- Por usted _____
- Trabajadora doméstica _____
- Usted y su pareja _____
- Otro familiar _____
- Otros (especifique) _____

19. ¿Para el sostenimiento del hogar cuenta con el apoyo de? (sólo dé una respuesta)

- Otro trabajo _____
- Apoyo de su pareja _____
- Apoyo de sus hijos _____
- Ningún apoyo _____
- Toda la familia _____
- Otros (especifique) _____

20. ¿Sus principales problemas laborales, de salud, emocionales, económicos, etc. los consulta principalmente con? (sólo dé una respuesta).

- Esposo _____
- Compañero _____
- Hermanos _____
- Amigos _____
- Familiares _____
- Con nadie _____

III. RIESGOS Y EXIGENCIAS LABORALES.

Las siguientes preguntas se refieren a ciertos riesgos y exigencias que se encuentran en su puesto de trabajo. Marque con una X sobre la línea que usted considere se acerca más a su respuesta. Por ejemplo, si usted considera que está expuesta a un calor excesivo, su respuesta deberá anotarla sobre la columna que corresponde a la palabra SI, sino es el caso, la respuesta deberá anotarla en la columna que corresponde a la palabra NO.

	SI	NO	
21. Calor excesivo	_____	_____	<input type="checkbox"/>
22. Poca iluminación durante gran parte de la jornada.	_____	_____	<input type="checkbox"/>
23. Ruido excesivo.	_____	_____	<input type="checkbox"/>
24. Esfuerzo físico pesado durante gran parte de la jornada	_____	_____	<input type="checkbox"/>
25. Posiciones incómodas muy frecuentes durante gran parte de la jornada	_____	_____	<input type="checkbox"/>
26. Espacio reducido durante gran parte de la jornada	_____	_____	<input type="checkbox"/>
27. ¿Realiza trabajo nocturno?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
28. ¿Tiene horas extras o dobles muy frecuentes?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
29. ¿Tiene actividad muy intensa gran parte o toda la jornada?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
30. ¿Tiene trabajo monótono o aburrido gran parte o toda la jornada?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
31. ¿Tiene trabajo repetitivo gran parte o toda la jornada?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
32. ¿Se encuentra aislada durante gran parte de la jornada?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
33. ¿Tiene supervisión estricta o con mal trato?	_____	_____	<input type="checkbox"/>

IV. DAÑOS A LA SALUD.

La mayoría de las siguientes preguntas (exceptuando las que se aclaran expresamente) se refieren a molestias que ha padecido usted durante el último año; es decir, los últimos 12 meses. Marque con una X la respuesta que usted considere más apropiada en su caso.

No haga caso a la numeración salteada.

	SI	NO	
38. ¿Tiene dificultad para controlarse cuando está enojada?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
39. ¿Pierde la paciencia y se enfurece fácilmente?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
40. ¿Se siente irritada por pequeñeces?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
41. ¿Se disgusta demasiado rápido con las personas?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
42. ¿Se irrita o se inquieta fácilmente?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
43. ¿Se siente a menudo triste o infeliz?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
44. ¿Frecuentemente desea morir?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
45. ¿Le daría mucho miedo quedarse sin trabajo?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
46. ¿El futuro le parece incierto, sin esperanza?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
47. ¿Es usted indiferente ante situaciones violentas?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
48. ¿En las reuniones le es difícil entablar conversación y se siente deseosa de separarse del grupo?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
49. ¿Desearía desentenderse de los problemas que le aquejan?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
50. ¿Tiene temporadas de agotamiento o fatiga?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
51. ¿Llega usted a cansarse tanto que le preocupa su salud?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
52. ¿Siente usted debilidad o dolores de pies todos los días?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
53. ¿Al levantarse por la mañana se siente cansada?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
54. ¿Cuando tiene dolor de cabeza o le laten las sienes, se le dificulta hacer su trabajo?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
55. ¿Frecuentemente se enferma o se siente decaída?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
56. ¿Se siente agotada o fatigada que no puede ni comer?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
57. ¿Se considera usted nerviosa?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
58. ¿Tiene miedo sin motivo?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
59. ¿Le cuesta trabajo dormirse o permanecer dormida?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
60. ¿Se preocupa demasiado por contrariedades insignificantes?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
61. ¿Se siente con frecuencia preocupada?	_____	_____	<input type="checkbox"/>

	SI	NO	
62. ¿Ha tenido alguna vez un padecimiento nervioso?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
63. ¿Ha estado usted anteriormente hospitalizada en alguna institución para enfermos mentales o nerviosos?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
64. ¿Algunas veces se asusta de lo que piensa?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
65. ¿A menudo se pone usted temblorosa?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
66. ¿Tiene usted pesadillas frecuentemente?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
67. ¿Se asusta con las sombras durante la noche?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
68. ¿Los ruidos repentinos le hacen brincar?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
69. ¿Se pone nerviosa cuando alguien grita cerca de usted?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
70. ¿Ha menudo se siente inquieta o intranquila?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
71. ¿Tiene pensamientos o ideas que la impresionan mucho y que vuelven una y otra vez a su mente?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
72. ¿Generalmente la gente la malinterpreta?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
73. ¿Ha tenido la sensación de ser observadora mientras trabaja?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
74. ¿Generalmente la tratan mal las demás personas?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
75. ¿Ha tenido la sensación de que la gente la observa o habla mal de usted en la calle?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
76. ¿Generalmente los demás abusan de su buena fe?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
77. ¿Es tímida o sensible?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
78. ¿Durante el último año ha tenido ha tenido con frecuencia agruras o acidez?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
79. ¿Ha tenido ardor o dolor en la boca del estómago?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
80. ¿Se despierta varias veces durante la noche con sensación de vacío en el estómago?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
81. ¿Cuando come disminuyen las molestias anteriores?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
82. ¿Ha tenido dolor o sensación de opresión o pesadez en el pecho?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
83. ¿Siente las molestias arriba de la boca del estómago?	_____	_____	<input type="checkbox"/>

- | | SI | NO | |
|--|-------|-------|--------------------------|
| 84. ¿Las siente del lado izquierdo del pecho? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 85. ¿Las siente también en el brazo izquierdo? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 86. ¿Se corren hacia la quijada? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 87. ¿Se corren hacia la espalda? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 88. ¿Estas molestias se presentan cuando camina rápido rápido o en subida? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 89. ¿Se presentan cuando se pone nerviosa enojada o preocupada? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 90. ¿Se presentan cuando permanece en lugares fríos? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 91. ¿Durante el último año ha tenido dolor de cabeza más de dos veces por mes? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 92. ¿El dolor de cabeza se presenta cuando está nerviosa o irritable? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 93. ¿El dolor de cabeza es tan fuerte que le impide trabajar? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 94. ¿Esta acompañado de náusea o vómito, mareo o visión borrosa? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 95. ¿Antes de que aparezca el dolor, tiene sensaciones que le avisan que va a parecer? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 96. ¿El dolor se presenta en un sólo lado de la cabeza? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |

Las preguntas de la 97 a la 126, contéstelas de acuerdo a lo que siente en este momento.

- | | SI | NO | |
|--|-------|-------|--------------------------|
| 97. ¿Siente pesadez en la cabeza? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 98. ¿Siente el cuerpo cansado? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 99. ¿Tienes cansancio en las piernas? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 100. ¿Tiene deseos de bostezar? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 101. ¿Siente la cabeza aturdida, atontada? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 102. ¿Esta soñolienta (con sueño)? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 103. ¿Siente la vista cansada? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |
| 104. ¿Siente rigidez o torpeza en los movimientos? | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> |

	SI	NO	
105. ¿Se siente poco firme o insegura al estar de pie?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
106. ¿Siente deseos de acostarse?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
107. ¿Siente dificultad para pensar?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
108. ¿Esta cansada de hablar?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
109. ¿Esta nerviosa?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
110. ¿Se siente incapaz de fijar la atención?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
111. ¿Se siente incapaz de ponerle interés a las cosas?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
112. ¿Se le olvidan fácilmente las cosas?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
113. ¿Le falta confianza en si misma?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
114. ¿Se siente ansiosa?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
115. ¿Le cuesta trabajo mantener el cuerpo en una misma postura?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
116. ¿Se le agotó la paciencia?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
117. ¿Tiene dolor de cabeza?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
118. ¿Siente los hombros entumecidos?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
119. ¿Tiene dolor de espalda?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
120. ¿Siente opresión al respirar?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
121. ¿Tiene sed?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
122. ¿Tiene la voz ronca?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
123. ¿Se siente mareada?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
124. ¿Le tiemblan los párpados?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
125. ¿Tiene temblor en las piernas?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
126. ¿Se siente mal?	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Las preguntas que siguen a continuación se refieren a algunas molestias que haya tenido durante el sueño.

	SI	NO	
127. ¿Frecuentemente tiene dificultad para conciliar el sueño?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
128. ¿Con frecuencia se despierta fácilmente o tiene sueño intranquilo?	_____	_____	<input type="checkbox"/>
129. ¿Se despierta pocas horas después de haberse dormido, y ya no puede volver a dormir?	_____	_____	<input type="checkbox"/>

6.3 INSTRUCTIVO.

INSTRUCTIVO DE LA ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN PARA TRABAJADORES SOBRE SALUD LABORAL

NÚMERO DE ENCUESTA: Se registrará en orden progresivo a partir del 001 se codifica (001- nnn). En las casillas 1 a la 3.

FECHA EN QUE SE LLENA LA ENCUESTA: Se anota la fecha en que se llena la encuesta empezando por día, mes y año. No se codifica.

I. ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO.

1. **FECHA DE INGRESO AL SERVICIO ACTUAL** se anota la fecha de ingreso empezando por el día, mes y año. Se codifica en las casillas 4 y 5 el día; el mes en las casillas 6 y 7; y el año en las casillas 8 y 9. Con las opciones Día se codifica 01-31; el mes de 01-12 y el año se colocan los dos últimos dígitos 00-nn.
2. **FECHA DE INGRESO AL DEPARTAMENTO ACTUAL:** Se anota la fecha de ingreso empezando por el día, mes y año. En las casillas 10 y 11 se anota el día; en las casillas 12 y 13 se anota el mes y en las casillas 14 y 15 el año. El día se codifica con las siguientes opciones 01-31, el mes con 01-12 y el año con los dos últimos dígitos 00-nn.
3. **FECHA DE INGRESO A LA CATEGORÍA ACTUAL:** Se anota la fecha de ingreso empezando por el día, mes y año. En las casillas 16 y 17 se anota el día; en las casillas 18 y 19 se anota el mes y en las casillas 20 y 21 se anotan los dos últimos dígitos del año. El día se codifica con las opciones 01-31; el mes 01-12 y el año con 00-nn.
4. **SERVICIO EN QUE LABORA ACTUALMENTE:** Se anota la respuesta en la casilla 22 y 23 según la respuesta obtenida, se codifica de acuerdo al siguiente listado, opciones 00-13

00	NO HAY DATOS
01	CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN
02	CONSULTA MÉD. FAM.
03	DENTAL
04	LABORATORIO
05	MEDICINA PREVENTIVA
06	ADMISIÓN MÉDICA CONTINUA
07	MEDICINA DEL TRABAJO
08	JEFATURA DE ENF.
09	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
10	MÓDULO MATERNO INFANTIL
11	COORDINACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS
12	COORDINACIÓN DE ASISTENTES MÉDICAS
13	TRABAJO SOCIAL

5. **DEPARTAMENTO AL QUE PERTENECE ACTUALMENTE.** Se anota en la casilla 24 el número que corresponda al siguiente listado y se codifica de acuerdo a las opciones de dicho listado. Opciones 0-6

- 0 NO HAY DATOS
- 1 ASISTENTES MEDICAS
- 2 ENFERMERÍA
- 3 LABORATORISTA
- 4 QUÍMICOS
- 5 TRABAJO SOCIAL
- 6 SERVICIOS MEDICOS

6. **¿LE PREOCUPA QUE SU TRABAJO LE PUEDA OCASIONAR ALGÚN DAÑO A SU SALUD?** En la casilla 26 se hace la anotación correspondiente de acuerdo al siguiente listado y se codifica de acuerdo a las opciones de dicho listado. Opciones 0-2.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SÍ
- 2 NO

7. **¿CONSIDERA QUE SU TRABAJO LE HA OCASIONADO ALGÚN DAÑO A SU SALUD?** En la casilla 26 se hace la anotación correspondiente de acuerdo al siguiente listado y se codifica de acuerdo a las opciones del listado 0-2.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SÍ
- 2 NO

8. **¿Cuál (es)? Opinión del trabajador acerca de los daños a su salud que el trabajo le ha ocasionado, se codificará de acuerdo a los siguientes grupos de enfermedades.** Se anota en la casilla 27 y 28 el número de la opción correspondiente de acuerdo al siguiente listado. Opciones 00-99.

- 00 NO HAY DATOS
- 01 ENFERMEDADES IRRITATIVAS DE LOS OJOS
- 02 OTROS TRASTORNOS OCULARES (DE OJOS Y ANEXOS)
- 03 ENF. IRRITATIVAS DE LAS VÍAS RESP. SUP.
- 04 ENF. IRRITATIVAS DE LAS VÍAS RESP. INF.
- 05 OTRAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS
- 06 ENFERMEDADES DEL CORAZÓN Y DEL APARATO CIRCULATORIO CON EXCEPCIÓN DE LAS ISQUEMICAS DEL CORAZÓN (ANGUINA DE PECHO O ANGOR PECTORIS, INFARTO DEL MIOCARDIO) VARICES.
- 07 ENFERMEDADES IRRITATIVAS DE LA PIEL
- 08 OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL
- 09 ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DE LOS HUESOS, MUSLOS Y ARTICULACIONES.
- 10 TRASTORNOS DERIVADOS DEL ESFUERZO Y DE LAS POSICIONES FORZADAS SOSTENIDAS.
- 11 TRASTORNOS PSIQUICOS Y MENTALES.
- 12 TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS.
- 13 OTROS TRASTORNOS PSIQUICOS Y PSICOSOMÁTICOS.
- 14 PERDIDA DE LA AUDICIÓN.
- 15 OTROS TRASTORNOS DEL OÍDO.
- 16 INTOXICACIONES.

- 17 CÁNCERES DE CUALQUIER TIPO.
- 18 OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS DE PROBABLE RELACION CON EL TRABAJO.
- 19 ACCIDENTES.
- 20 ENFERMEDADES DE LOS DIENTES Y SU ESTRUCTURA DE SOSTEN.
- 21 OTROS TRASTORNOS NO INCLUIDOS O MAL DEFINIDOS.
- 99 NO SE APLICA.

9. ¿Su trabajo le permite en gran parte de la jornada, desarrollar sus habilidades y destrezas? En la casilla 29 se anota el número de la opción que nos da el siguiente listado y se codifica de acuerdo con lo siguiente: opciones 0-2.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SÍ
- 2 NO

10. ¿Le parecen satisfactorias las actividades que realiza durante su trabajo? En la casilla 30 se anota el número de la opción que nos da el siguiente listado y se codifica con las siguientes opciones 0-2.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SÍ
- 2 NO

11. ¿Su trabajo le permite en gran parte de la jornada desarrollar su creatividad e iniciativa? En la casilla 31 se anota el número de la opción que nos da el siguiente listado y se codifica de acuerdo a las siguientes opciones 0-2.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SÍ
- 2 NO

12. ¿Considera usted que la relación asistencial con los pacientes, la mayor parte de las veces es satisfactoria? En la casilla 32 se anota el número de la opción que nos da el siguiente listado y se codifica de acuerdo a las siguientes opciones 0-2.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SÍ
- 2 NO

13. ¿Recibe usted cooperación del equipo de salud en las actividades que realiza? En la casilla 33 se anota el número que corresponda a la opción del siguiente listado y se codifica de acuerdo a las siguientes opciones 0-2.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SÍ
- 2 NO

14. ¿Existe cordialidad entre los integrantes del equipo de salud? En la casilla 34 se anota el número que corresponda a la opción del siguiente listado y se codifica de acuerdo a las siguientes opciones 0-2.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SÍ
- 2 NO

II. CONDICIONES DE VIDA

15. ¿Cuál es su estado civil actual? En la casilla número 35 se anota el número que corresponda a la respuesta según el siguiente listado y se codifica de acuerdo a las siguientes opciones 0-5.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SOLTERA
- 2 CASADA
- 3 U. LIBRE
- 4 DIVORCIADA
- 5 VIUDA

16. ¿Tiene usted hijos? En la casilla número 36 se anota el número correspondiente a la opción de acuerdo al siguiente listado y se codifica de acuerdo a las siguientes opciones 0-2.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SÍ
- 2 NO

17. ¿Enumere las edades de sus hijos empezando del menor al mayor. En la casilla número 37 se anota el número de hijos y en la casilla número 38 se anota solamente el número de hijos menores de 5 años.

- 00 NO HAY DATOS
- 99 NO SE APLICA

18. ¿Las actividades domésticas son realizadas principalmente por? En la casilla 39 se anota el número de la respuesta que corresponda al siguiente listado y se codifica teniendo las siguientes opciones 0-6.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 TODA LA FAMILIA
- 2 POR USTED
- 3 TRABAJADORA DOMÉSTICA
- 4 USTED Y SU PAREJA
- 5 OTRO FAMILIAR
- 6 OTROS

19. ¿Para el sostenimiento del hogar cuenta con el apoyo de ? En la casilla 40 se anota el número de la respuesta que corresponda a las opciones del siguiente listado. Se codifica de acuerdo a las siguientes opciones 0-6.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 OTRO TRABAJO
- 2 APOYO DE SU PAREJA
- 3 APOYO DE SUS HIJOS
- 4 NINGÚN APOYO
- 5 TODA LA FAMILIA
- 6 OTROS

20. ¿Sus principales problemas laborales, de salud, emocionales, económicos, etc. los consulta principalmente con?. En la casilla 41 se anota el número de la respuesta que corresponda a la opción del siguiente listado y se codifica de acuerdo a las siguientes opciones 0-6.

- 0 NO HAY DATOS
- 1 ESPOSO
- 2 COMPAÑERO
- 3 HERMANOS
- 4 AMIGOS
- 5 FAMILIARES
- 6 CON NADIE

III. RIESGOS Y EXIGENCIAS LABORALES:

En las preguntas con los números 21 a la 33 se anota la presencia o no de los riesgos y exigencias. Se codifica en las casillas de la 42 a la 54 según las siguientes opciones (0-2).

- 0 NO HAY DATOS
- 1 SI
- 2 NO

IV. DAÑOS A LA SALUD.

En las preguntas de los números 38 a la 129 se anota la presencia o no de daños a la salud. Se capturan en el programa PSTS sólo las respuestas positivas.