



**Casa abierta al tiempo**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

**Unidad Xochimilco**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES**

**“Condiciones de trabajo y daños en la salud mental de médicos  
legistas y forenses de la Ciudad de México, 2018”**

**IDÓNEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS**

**QUE PRESENTA**

**Lic. Marco Efraín Salcedo Barragán**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN CIENCIAS EN SALUD DE LOS TRABAJADORES**

**Directores de tesis:**

**Dr. Rivero Rodríguez Luis Fernando**

**Dra. Zamora Macorra Mireya**

**Enero de 2019**

**DEDICO ESTE TRABAJO A:**

*A mi Mamá Paty, mi hermana Mynjell y Everardo que son mi ejemplo a seguir día a día, por todo su apoyo incondicional y comprensión en las buenas y en las malas.*

*A mi esposa Karla por su ayuda en todo momento, por dejar muchas veces a un lado sus cosas mientras yo estudiaba.*

*A Lucianita mi hija, que vino a cambiar mi vida y enseñarme que debemos ser mejores cada día para dejar un mejor lugar para todos.*

*A mis seres amados que se quedaron en el camino: Abuelita Elvira, Tía Bety y Terry que fueron, son y serán siempre un ejemplo y motivo de dicha y orgullo.*

**A TODOS USTEDES PORQUE SU PRESENCIA LLENA MI VIDA DE FELICIDAD**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi hermosa Universidad Autónoma Metropolitana la cual llevo tatuada en el corazón y que me ha dado todo y que siempre representaré con mucho orgullo, amor, pasión y respeto.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por apoyarme económicamente y permitirme realizar mis estudios de maestría.

A cada uno de mis profesores de la Maestría por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional, amistad y por dejar en mi parte de su conocimiento permitiéndome crecer profesionalmente y como persona.

A todas las autoridades y personal del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México por confiar en mí, abrirme sus puertas y permitirme ser la muestra de mi investigación; en especial al Dr. Jiménez, Dra. Ovado, Dra. Ayme Rodriguez, Dr. Ivan Gallegos y Dr. Luis Bustamante que en todo momento me dieron su apoyo de forma incondicional.

A mis Directores de investigación: Dra. Mireya Zamora y Dr. Fernando Rivero, que en todo momento tuvieron la actitud por enseñarme y la paciencia para resolver todas mis dudas.

A mis revisores finales y sinodales: Dra. Flora Salas y Dr. Víctor Ríos por tomarse el tiempo y la dedicación de leer éste documento y brindarme sus observaciones para perfeccionar este trabajo.

Al Proyecto Urbano de Salud de mi universidad que me permitió tener una visión diferente de la medicina y la sociedad.

A TODOS mis compañeros de maestría, por dejar en mí diferentes enseñanzas de vida que me servirán a crecer como persona.

## **Resumen**

La OMS define la salud mental como “el estado de bienestar que un individuo experimenta como resultado del buen funcionamiento consciente de sus capacidades cognitivas, afectivas y conductuales que le permite enfrentarse a las exigencias normales de la vida, permitiéndole la convivencia armónica, el desarrollo del trabajo de manera productiva, fructífera, y la recreación”.

El trabajo al ser una actividad en la cual el hombre desarrolla sus capacidades puede considerarse una actividad que promueve la salud mental, desafortunadamente, las condiciones laborales han cambiado este panorama hasta considerarse un problema de salud pública. Cuando los riesgos y exigencias laborales sobrepasan los conocimientos y destrezas de los trabajadores inicia la generación de estrés derivado de la demanda a la que se ven expuestos, y cuando éste se mantiene de manera constante y durante periodos prolongados puede ser el origen de diversos padecimientos mentales.

Las condiciones laborales de los médicos determinan limitantes para contrarrestar los efectos nocivos de su profesión, comprometiéndolos a diversas patologías. Los médicos legistas de la Secretaría de Salud (SEDESA) de la Ciudad de México (CDMX) son parte fundamental para la procuración de justicia en distintos procedimientos legales en el país, significando una mayor demanda en su ejercicio profesional. En el ambiente laboral donde se desarrolla el ejercicio de éstos profesionales la salud mental requiere de una especial atención principalmente por la exigencia emocional que cada una de sus funciones le demanda convirtiéndolos en una población sensible para el desarrollo de diferentes padecimientos físicos y mentales. Razón por la cual, la presente investigación buscó puntualizar la asociación entre los riesgos y exigencias laborales en médicos legistas y la afectación en su salud mental.

Se realizó una investigación cuantitativa con un diseño transversal, descriptivo y analítico con 146 médicos legistas de la SEDESA de la CDMX realizándose una encuesta individual conformada por: Encuesta PROESSAT, Cuestionario Maslach, Encuesta DASS-21 e Inventario IVAPT-PANDO. Los resultados encontraron una prevalencia de violencia laboral del 100%, trastorno del sueño de 79%, cefalea tensional 66%, síndrome burnout 57%, depresión 42%, ansiedad 36% y distrés 29%; significando las exigencias derivadas del contenido y tiempo de trabajo las causales del perfil de daño en un 34% y las condicionantes de valoración del trabajo el 28%; poniendo de manifiesto la relación existente entre sus condiciones laborales y el perfil de daño en su salud.

**Palabras clave:** burnout, violencia laboral, estrés, ansiedad, depresión, médicos legistas.

## Abstract

The WHO defines mental health as “the state of well-being that an individual experience as a result of the good performance conscious of their abilities cognitive, affective and behavioral which enables you to cope with the normal stresses of life, allowing the harmonious coexistence, the development of the work in a way that is productive, fruitful, and recreation. “The work to be an activity in which man develops his capacities can be considered to be an activity that promotes mental health, unfortunately, the conditions of labour have changed this landscape to be considered a public health problem. When the risks and labor requirements exceed the knowledge and skills of the workers starts to build up of stress from the demands to which they are exposed, and when it remains constant and for long periods can be the source of various mental illnesses. The working conditions of the doctors limitations to counteract the harmful effects of their profession, committing them to various pathologies. The medical examiners of the Secretary of Health (SEDESA), Mexico City (CDMX) are fundamental to the administration of justice in various legal proceedings in the country, meaning a higher demand in their professional practice. In the work environment where the exercise of those professional mental health requires a special attention mainly due to the demand emotional that every one of its functions would demand turning them in a population sensitive to the development of different ailments, both physical and mental. For this reason, the present research sought to clarify the association between the risks and labor requirements on medical examiners, and the effects on your mental health. We conducted a quantitative research with a cross-sectional, descriptive and analytical 146 medical examiners of the SEDESA of the CDMX done a single survey team composed of: Survey PROESSAT, Questionnaire Maslach, Survey of DASS-21, and Inventory IVAPT-PANDO. The results found a preevalence workplace violence 100%, sleep disorder in 79%, tension-type headache 66%, burnout 57%, depression 42%, anxiety 36%, and distress 29%.

**Key words:** burnout, workplace violence, stress, anxiety, depression, medical examiners

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>7</b>
 <b>1. CAPÍTULO I. PROCESO DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS LEGISTAS Y FORENSES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO ....</b>	<b>12</b>
1.1. Evolución de las formas del trabajo .....	12
1.2. El trabajo .....	13
1.3. Proceso de trabajo .....	15
1.4. La medicina como forma de trabajo.....	16
1.5. Contexto social del ejercicio médico en México.....	17
1.6. La Medicina Legal .....	20
1.7. Elementos de trabajo de los médicos legistas y forenses.....	21
1.7.1. Objeto de trabajo de los médicos legistas y forenses.....	21
1.7.2. Medios de trabajo de los médicos legistas y forenses.....	21
1.7.3. Funciones de los médicos legistas y forenses de la Ciudad de México .....	21
1.7.4. Organización y división del proceso laboral de los médicos legistas y forenses ....	29
 <b>2. CAPÍTULO II. RIESGOS Y EXIGENCIAS EN LA PRÁCTICA MÉDICA LEGAL.....</b>	<b>30</b>
2.1. Riesgos y Exigencias.....	33
2.2. Riesgos y exigencias en el personal médico.....	35
2.3. Riesgos específicos en el médico legista y forense.....	38
2.3.1. Contacto con personas involucradas en procesos penales .....	38
2.3.2. Riesgo biológico por contacto permanente con cadáveres.....	39
2.3.3. Manejo de cargas.....	39
2.4. Exigencias .....	40
2.4.1. Exigencias dentro de las instalaciones .....	40
2.4.3. Violencia laboral y Síndrome de burnout como exigencias psicosociales .....	42

<b>3. CAPÍTULO III. DAÑOS A LA SALUD MENTAL .....</b>	<b>54</b>
3.1. Trastorno del sueño .....	55
3.2. Cefalea tensional .....	57
3.3. Estrés .....	58
3.4. Depresión .....	60
3.4.1. Factores de riesgo .....	61
3.4.2. Diagnóstico de depresión .....	62
3.5. Ansiedad.....	63
3.5.1. Depresión y ansiedad en médicos.....	65
3.6. Burnout en médicos .....	66
<b>4. CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA .....</b>	<b>68</b>
4.1. Diseño metodológico.....	68
4.2. Población y tamaño de la muestra .....	68
4.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación .....	68
4.4. Recolección de la información.....	69
4.5. Instrumentos y procedimientos.....	69
4.5.1. Encuesta del Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT). .....	70
4.5.2. Cuestionario Maslach de Burnout (MIB) .....	71
4.5.3. Encuesta de depresión, ansiedad y distrés (DASS-21) .....	72
4.5.4. Inventario de violencia laboral (IVAPT-PANDO) .....	72
4.6. Métodos de procesamiento de la información .....	75
4.7. Consideraciones éticas .....	75
<b>5. CAPÍTULO V. RESULTADOS .....</b>	<b>76</b>
5.1. Estudio descriptivo.....	76
5.1.1. Perfil de daño en médicos legistas y forenses de la Ciudad de México .....	84
5.2. Asociación entre perfil de daño a la salud y la exposición a riesgos y exigencias .	86
5.2.1. Perfil de daño asociado a características sociodemográficas.....	86
5.2.2. Perfil de daño asociado a características sociodemográficas.....	87
5.2.3. Perfil de daño asociado a tiempo libre .....	88
5.2.4. Perfil de daño asociado a la valoración del trabajo .....	90
5.2.5. Perfil de daño asociado a los riesgos y exigencias laborales .....	92



5.2.6. Perfil de daño asociado a exigencias laborales derivadas de la vigilancia y tiempo de trabajo en médicos legistas de la Ciudad de México.....	93
5.2.7. Perfil de daño asociado a exigencias laborales derivadas del contenido del trabajo en médicos legistas de la Ciudad de México .....	94
5.2.8. Perfil de daño asociado exigencias físicas del trabajo en médicos legistas de la Ciudad de México .....	95
5.2.9. Perfil de daño asociado a violencia laboral .....	96
<b>6. CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>97</b>
6.1. Discusión .....	97
6.2. Conclusiones .....	103
<b>7. CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>105</b>
7.1. Recomendaciones para la institución .....	105
7.2. Recomendaciones para los trabajadores .....	108
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>122</b>

## INTRODUCCIÓN

Actualmente en México, la búsqueda y el mantenimiento de un empleo es cada vez más difícil, la crisis laboral que afecta al país ha provocado que las vacantes existentes sean inalcanzables o bien, aquellos que tienen acceso deben aceptar en ocasiones condiciones y salarios deplorables que distan de ser un pago justo por la realización de sus tareas.

Para algunas personas, la obtención de un puesto determinado dentro de una organización se convierte en un objetivo primordial, de tal forma que no se preocupan por exigir condiciones laborales óptimas, aun cuando éstos deterioren su vida y la de su familia.

Noriega (1989) refiere que el trabajo es la actividad a través de la cual el hombre produce bienes para satisfacer sus necesidades, es el medio de subsistencia fundamental para la mayoría de las personas, y es un importante factor para determinar la identidad del mismo, le permite la producción de bienes, servicios y la realización personal; es decir, el hombre se crea, se produce y se reproduce por medio del trabajo que realiza.

Por ello, podemos considerar que cuando las condiciones y el medio ambiente de trabajo son negativos o se tornan inciertos, aumenta la probabilidad de que surjan diferentes enfermedades que afectarán la vida personal, familiar y social en los empleados. Por el contrario, cuando estas son favorables y propician la realización personal, la salud del trabajador se mantendrá en equilibrio (Laurell, 1983).

La Organización Internacional del Trabajo en el año 1930, refiere que el trabajador perteneciente al sector servicios está sumamente expuesto a diversos riesgos y exigencias propios de su actividad, por lo que no es raro que estén presentes dentro del grupo en los que se desarrollan diferentes trastornos mentales como ansiedad,

depresión, burnout, por ejemplo, derivados del estrés y la fatiga característica de los procesos en su ambiente laboral (Fernández, Siegrist, Rodel & Hernández, 2003).

Dentro del sector económico de servicios, los trabajadores del área de la salud son afectados por esta condición (médicos y enfermeras). La profesión del médico es considerada por muchos “un arte”, por las capacidades humanas que debe tener el profesional para con sus enfermos. La profesión médica lleva en su esencia el contacto permanente con el dolor, la incertidumbre, el sufrimiento, la muerte, la salud, el bienestar y la vida; situación que constituye una lucha emocional constante en el médico que lo dota de una personalidad fría ante múltiples situaciones. Aunque pueden existir circunstancias personales o institucionales que alteren ese mecanismo de defensa en el médico, y lo conviertan en un factor desencadenante de estrés constante, situando al profesional de la salud en un escenario de completa vulnerabilidad (Ruíz, Molina & Nigeda, 2013).

Por otra parte, las modificaciones actuales a las reformas laborales y estructurales de las instituciones de salud han generado que el personal médico experimente un choque emocional al encontrarse con un sistema deshumanizado, despersonalizado, convertido ahora en un trabajador proletarizado en el marco de un trabajo institucional, condiciones que necesariamente impactan sobre su salud física y psicológica predisponiéndolo a padecer trastornos como depresión, ansiedad, distrés, cefalea tensional, trastorno del sueño, síndrome de burnout, entre otros (Gálvez, Mingote & Moreno, 2004).

La medicina legal y forense es una rama de la medicina que ha sido poco explorada, aunque su campo de estudio no resulta desconocido, las condiciones en que estos médicos se desenvuelven son difíciles y demandantes. Los médicos legistas son funcionarios que constituyen un personal altamente calificado al servicio de la administración de justicia, condición que los hace vulnerables al ambiente de trabajo en el ámbito laboral judicial, en donde el actuar del médico conlleva una gran responsabilidad, y donde cada procedimiento que realice y decisión que tome

determinará diferentes procesos penales a seguir, por lo que cualquier error en su proceder o determinación podría ver condicionado su actuar profesional e incluso su libertad (García, 2012a).

El ambiente de trabajo de los médicos legistas y forenses de la Ciudad de México se desarrolla entre actos violentos (homicidios, robos, lesiones, secuestros, suicidios, accidentes), donde el estrés, las amenazas e intentos de sobornos son hechos cotidianos; aunado a ello, el médico legista realiza su trabajo bajo mucha presión, no sólo debido a la cantidad de personas o casos en que debe intervenir y a la naturaleza de los mismos, sino también por el factor tiempo que en el ámbito jurídico tiene grandes repercusiones.

Pese a que existen investigaciones sobre daños a la salud en médicos de diferentes especialidades en México (Di Martino, 2003; Morín, 2014; García, Sáez & Lloro, 2000; Lewis, Blagrove & Ebden, 2002 por mencionar algunas), la medicina legal es una rama poco explorada en este tema a pesar de la importancia de ésta en todos los niveles sociales, por lo que el objetivo de este trabajo es identificar la asociación entre los riesgos y exigencias laborales y el daño en la salud mental de médicos legistas y forenses del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “el estado de bienestar que un individuo experimenta como resultado del buen funcionamiento consciente de sus capacidades cognitivas, afectivas y conductuales que le permite enfrentarse a las exigencias normales de la vida, permitiéndole el desarrollo óptimo de sus capacidades individuales para la convivencia armónica, el desarrollo del trabajo de manera productiva y fructífera, y la recreación” (como se citó en González, 2012).

Existen diversos determinantes de la salud mental como: factores biológicos, psicológicos, familiares, económicos y medioambientales; cuando existe un ambiente que le permite al individuo sentimientos de satisfacción y autorrealización, permitirá el desarrollo pleno y armónico de sus potencialidades personales, incrementando de esta forma su salud mental de manera positiva (González, 2012).

El trabajo al ser una actividad en la cual el hombre desarrolla sus capacidades físicas y mentales logrando crear un medio para satisfacer sus necesidades y las de su familia puede considerarse una actividad que promueve una buena salud mental y la prevención de los trastornos mentales, siempre y cuando éste permita el desarrollo óptimo de las capacidades cognitivas, afectivas y conductuales de los trabajadores (Martínez, Oviedo & Luna, 2013). Desafortunadamente, las condiciones laborales actuales donde el trabajo está sufriendo cambios continuos y sustanciales en su organización han cambiado este panorama hasta alcanzar el punto en que los riesgos psicosociales asociados a la organización del trabajo hayan emergido hasta considerarse un problema de salud pública a nivel mundial generando efectos en la salud mental de los trabajadores (Martínez, 2009).

Cuando los riesgos y exigencias dentro del centro laboral sobrepasan los conocimientos y destrezas de los trabajadores y éstos ven superada su capacidad para hacerles frente, inicia la generación de estrés derivado de la alta demanda a la

que se ven expuestos y el sentimiento de no poder sobrellevarla; estrés laboral que principalmente se relaciona con condiciones negativas en el contenido y ritmo del trabajo, la organización del tiempo y el nivel de participación, así como la capacidad de toma de decisiones dentro del mismo. Cuando el estrés en el centro de trabajo se mantiene de manera constante y durante periodos prolongados de tiempo puede ser el origen de diversos padecimientos mentales derivados de las condiciones en que se trabaja (Vieco & Abello, 2014).

Las condiciones laborales de los médicos determinan múltiples limitantes para poder contrarrestar los efectos nocivos de su profesión, lo que los compromete a ser una población expuesta a desarrollar diversas patologías físicas y mentales además de pertenecer al sector económico de servicios donde la salud de los prestadores de servicios se ve afectada por el contacto directo de quien solicita sus servicios. Aunque pareciera contradictorio, el personal médico encargado de mantener la salud en la población ve mermada la propia derivada de las condiciones estructurales y organizacionales de las instituciones que le impiden llevar a cabo un cuidado de su salud de la misma forma que lo hace con la población (Pavón & Méndez, 2011).

Los médicos legistas y forenses del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México son profesionales que además de llevar la responsabilidad médica que su profesión les exige son parte fundamental para la procuración de justicia en distintos procedimientos legales en el país, lo que significa una mayor demanda de riesgos y exigencias en su actuar profesional, no sólo de su materia donde son especialistas, sino además de procedimientos jurídicos y penales en los cuáles en su mayoría no están capacitados (Hernández, 2017).

En el ambiente laboral donde se desarrolla el actuar del médico legista, la salud mental requiere de una especial atención, esto principalmente por la exigencia emocional que cada una de sus funciones le demanda, las cuáles son detonantes de estrés dentro de su centro laboral, condiciones como turnos nocturnos, trabajo

sin contacto personal alguno, alteraciones del ciclo circadiano, contacto directo con personas detenidas por delitos graves (homicidios, secuestros, fraude, narcotráfico, etc.), manejo de cadáveres por muertes violentas, realizar su trabajo profesional todo el tiempo bajo presión por tiempos y consecuencias legales de las mismas los convierte en una población altamente sensible para el desarrollo de diferentes padecimientos físicos como trastorno del sueño y cefalea tensional, así como trastornos mentales como violencia psicológica laboral, estrés, ansiedad, depresión, burnout, etc (García, 2012a).

Razón por la cual, el presente trabajo busca puntualizar: ¿Existe asociación entre los riesgos y exigencias laborales en médicos legistas y forenses del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y afectación en su salud mental como el desarrollo de cefalea tensional, trastorno del sueño, síndrome de burnout, depresión, ansiedad, distrés y violencia laboral?

Manteniendo como objetivo principal en la presente investigación analizar la asociación entre los riesgos y exigencias y el desarrollo de cefalea tensional, trastorno del sueño, síndrome de burnout, depresión, ansiedad, distrés y violencia laboral en médicos legistas y forenses del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

Los objetivos específicos planteados para el desarrollo del estudio son:

- Identificar los riesgos y exigencias a los que se encuentran sometidos los médicos legistas y forenses.
- Identificar la prevalencia de cefalea tensional, trastorno del sueño, síndrome de burnout, depresión, ansiedad, distrés y violencia laboral en médicos legistas y forenses.
- Analizar la asociación de los riesgos y exigencias laborales con daños en la salud mental en médicos legistas y forenses.

- Proponer estrategias de prevención de factores que influyen en la aparición de cefalea tensional, trastorno del sueño, síndrome de burnout, depresión, ansiedad, distrés y violencia laboral en médicos legistas y forenses.

Para el desarrollo de los objetivos planteados en la presente investigación, ésta está estructurada en siete capítulos que buscan explicar cada uno de los aspectos necesarios para comprender el proceso de trabajo de los médicos legistas y forenses del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y los posibles daños en la salud mental que éstos pudieran tener derivados de las condiciones laborales de su ejercicio profesional.

En el capítulo uno se presentan los conceptos teóricos de la investigación, iniciando por los conceptos básicos de los elementos del proceso de trabajo, para posteriormente aterrizar los mismos conceptos dentro del proceso de trabajo de los médicos legistas y forenses del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, detallando el contexto social de la práctica médica en los últimos años y las características del ejercicio profesional de este gremio.

El capítulo dos plasma los riesgos y exigencias en la práctica del médico legista y forense del Departamento de Medicina Legal de la Ciudad de México, los cuáles, son característicos de esta rama de la medicina y que no comparte con ninguna otra especialidad médica.

El capítulo tres describe los daños a la salud mental que pueden causar las condiciones laborales en que se desenvuelven los médicos legistas y forenses de la Ciudad de México.

En el capítulo cuatro especifica la metodología empleada detallando el diseño metodológico del estudio, la población y el tamaño de la muestra, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación para los participantes, así como, los instrumentos



utilizados y el método de procesamiento de la información para buscar dar cumplimiento a los objetivos antes planteados.

El capítulo cinco muestra los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, se presentarán los resultados en dos apartados. En el primero, un análisis descriptivo de la información general obtenida de la recolección de las variables del estudio, y en un segundo apartado el análisis de asociación de la información a partir de pruebas de independencia bivariadas y la relación de éstas con daños a la salud en nuestra muestra.

En el capítulo seis se presenta una discusión entre los resultados obtenidos en la presente investigación y diferentes investigaciones previas afines, así como la conclusión a la que se ha llegado por medio de los resultados obtenidos de la misma.

El capítulo siete presenta algunas recomendaciones al Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y a los médicos legistas y forenses de este departamento que permitan corregir o aminorar los efectos negativos en la salud mental de este sector derivados de las condiciones laborales de su ejercicio profesional.

Por último se presentan las referencias bibliográficas consultadas que permitieron esclarecer la problemática que en este trabajo se presenta, así como sustentar la información desarrollada dentro del mismo.

## **1. CAPÍTULO I. PROCESO DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS LEGISTAS Y FORENSES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

### **1.1. Evolución de las formas del trabajo**

Al hablar de trabajo evocamos los diferentes vínculos sociales, religiosos y políticos del hombre a través del tiempo, pues este siempre ha creado y reproducido su existencia utilizando lo que la naturaleza le otorga y transformándola conforme a sus intereses. La esencia de esta tarea a través del tiempo se ha modificado, y el sistema económico capitalista marcó un parteaguas en la transformación del mismo. Durante los periodos previos al capitalismo, el hombre tomaba y utilizaba la materia que la naturaleza le proporcionaba para la realización de su trabajo, lo cual implicaba un sentido de apropiación del mismo, de manera que el trabajo le pertenecía a quien lo realizaba, pues estaba contenida en su propia existencia (Hobsbawm, 2009).

Con el paso del tiempo, el hombre desarrolló la capacidad de la cooperación y la división del trabajo, a fin de mantener un beneficio mayor dentro de su comunidad, pero esta organización propició como beneficio excedentes materiales que eran intercambiados entre comunidades, cuya ganancia obtenida nunca había conformado una parte tan importante de la economía humana como lo fue con posterioridad (Polanyi, 2011). Para finales del siglo XVIII y principios del XIX, el trabajo alcanzó a trascender de distintas formas; por una parte, fue valorado positivamente siempre que tuvo como fin un beneficio económico, de satisfacción y progreso, pero por otro, también quedó limitado al aspecto económico, provocando la preocupación de la persona que lo ejecutaba (Medá, 2007).

De esta forma, el trabajo y el intercambio de productos fue especializándose e incrementando su complejidad, hasta que la creación del dinero, la producción de mercancías y el intercambio, proporcionaron la base de procesos antes inimaginables, incluyendo la acumulación de capital y el predominio del mercado sobre la sociedad. Esta situación estimuló progresivamente una separación del trabajo con respecto a las condiciones objetivas de su realización, al medio y al

material de trabajo, hasta que, con la llegada del capitalismo, su ejecutante pasó a ser considerado únicamente como mano de obra, y se encontró sujeto a la economía del lugar y tiempo, aunque éste no fuese el sentido ni un atributo propio de la actividad misma (Medá, 2007).

Así, el capitalismo trajo consigo diversas modificaciones, durante éste movimiento se estableció un modelo de subordinación del trabajo de acuerdo a los propósitos del capitalista, la división de actividades en tareas especializadas y repetitivas, y el régimen de asalariados entre otras, que lejos de motivar a los empleados les provocaba un sentimiento de aceptación o resignación de sus nuevas tareas, haciéndolos partícipes de una actividad abstracta que les obligaba a dejar a un lado sus necesidades y capacidades humanas (Polanyi, 2011).

## **1.2. El trabajo**

Es una actividad en la cual el hombre desarrolla sus capacidades físicas y mentales, logrando crear un medio para satisfacer sus necesidades y de su familia. Su proceso parte de la planeación de una actividad determinada y su posterior realización orientada hacia un fin determinado. En este sentido, el trabajador pone en juego procesos fisiológicos, habilidades y destrezas, así como su conocimiento y emociones para la realización de las tareas (Martínez, Oviedo & Luna, 2013).

Noriega (1989), refiere que el hombre se crea, produce y se reproduce a través del trabajo, puesto que su desarrollo solo es posible en la medida que elabora sus propios instrumentos y transforma los objetos existentes en la naturaleza por medio de su actividad. De esta forma, debe ser considerado como la ocupación fundamental del ser humano, ya que no sólo lo crea física y mentalmente, si no que le da la oportunidad de desarrollar todas sus capacidades cognitivas (la imaginación y la creatividad, por ejemplo). Es por esto que no debe considerarse una visión negativa del mismo, sino un medio a partir del cual le permita la creación y recreación del hombre ayudándolo de manera positiva a crecer como ser humano.

Noriega (1989) también destacó que la combinación de los elementos esenciales que conforman el proceso de trabajo (objeto, medios de producción, la actividad a realizar, la división y organización del mismo), recae en las formas específicas del proceso laboral y determinan las características que adquiere el perfil salud-enfermedad de los trabajadores, es decir, partiendo de los componentes de éste podremos determinar las enfermedades a las que los asalariados estarán expuestos. Por esto, es importante conocer la percepción que tienen los empleados sobre su trabajo y del lugar donde lo realizan, hacer notar si le consideran como una actividad que les brinde una fuente de sensaciones positivas y de bienestar o lo ven como un proceso que arremete de diferentes maneras contra ellos.

Entre los elementos más significativos que hacen referencia a las preocupantes condiciones laborales citados por Martínez (1997), se encuentran los señalados por el psicólogo y escritor estadounidense Martin Seligmann, en términos de considerar el lugar de trabajo equivalente a una prisión, un infierno, un gran monstruo que succiona la sangre y la energía de los trabajadores; mismo que también menciona que conocer la percepción que tienen los trabajadores ofrece la oportunidad de generar propuestas de prevención emanadas desde los mismos para controlar los efectos negativos que el proceso de trabajo acarrea sobre su salud física y mental y en algunos casos de sus familias. Cabe resaltar que los riesgos y exigencias no son los mismos para todos los trabajadores, algunos podrán tener características negativas similares, pero estarán determinadas por el sector económico al que pertenezca su actividad laboral.

La actividad económica mundial está dividida en tres diferentes sectores económicos: los dos primeros producen bienes tangibles, por lo que son considerados como sectores productivos: a) Sector primario o agropecuario: es el que obtiene el producto de sus actividades directamente ejercidos sobre la naturaleza, sin ningún proceso de transformación, como: la agricultura, ganadería, caza y pesca; b) Sector secundario o industrial: comprende todas las actividades relacionadas con la transformación industrial de los bienes, los cuales se utilizan

como base para la fabricación de nuevos productos; el tercer sector económico se considera no productivo: c) Sector terciario o de servicios: incluye todas aquellas actividades que no producen una mercancía en sí, pero que son necesarias para el funcionamiento de la economía como los servicios de salud, educativos, restaurantes, etc. (Arriagada, 2007). Es aquí donde se encuentra el gremio de los profesionales de la salud, incluido el gremio médico-legal que conforma parte de esta investigación.

### **1.3. Proceso de trabajo**

Según Marx (1975), el trabajo es una actividad en la que el hombre se apropia de los elementos que la naturaleza le ofrece y los transforma en elementos útiles que le faciliten su existencia, transformación recíproca donde el hombre con el fin de satisfacer sus necesidades aumenta su potencial biológico, y a su vez, desde el momento que el trabajo obedece una planeación previa orientada hacia un fin le permite el desarrollo de sus capacidades cognitivas del mismo y la construcción de un espacio social, siendo esta una característica exclusiva que diferencia al género humano del animal (Martínez, 2009).

En el proceso de trabajo intervienen tres elementos básicos: el objeto sobre el cuál se trabaja, los medios con que es posible la transformación de los mismos y el uso de la fuerza de trabajo, es decir el trabajo mismo, sin embargo, el modo capitalista actual donde la producción ya no solo se orienta a la satisfacción de las necesidades del hombre sino a la producción para la obtención de ganancias, se le han incorporado dos elementos: la organización y la división del trabajo (Martínez, 2009).

El objeto de trabajo es todo aquel elemento que se desprende de la naturaleza y que sufre una transformación en busca de satisfacer determinadas necesidades del hombre y está dividido en dos grupos: “materia bruta”, que son los elementos como se obtienen de la naturaleza sin tratamiento alguno como la industria extractiva por ejemplo, y “materia prima”, que son los elementos de trabajo que han pasado

previamente por un proceso de elaboración y que pueden ser sustancia primordial de un producto o solo ser un material auxiliar en su composición (Noriega,1993).

Los medios de trabajo son los elementos que el hombre emplea para operar en la transformación del objeto de trabajo a un producto, convirtiéndose así, en el vehículo de su actividad laboral, es decir, corresponde a los instrumentos de trabajo como herramientas, maquinarias, mobiliario, instalaciones, rampas, escaleras, etc. cuyas propiedades son aprovechadas por el trabajador de acuerdo con los fines que su trabajo le demande. Es importante mencionar que el uso de la fuerza de trabajo del hombre orientada a la realización de un producto final mediante la manipulación y transformación de un objeto con ayuda de los medios de trabajo es el elemento fundamental de todo proceso de trabajo. Así, el objeto de trabajo, los medios de trabajo y el trabajo mismo constituyen los elementos de todo proceso de trabajo independientemente del contexto social en que se lleve a cabo (Noriega,1993).

Por lo tanto, el proceso de trabajo es una actividad común en todas las formas sociales, pero posee características diferentes dependiendo del contexto social en que se lleve a cabo, es decir, la organización y división del trabajo depende de las relaciones sociales de producción a las que corresponda cada proceso, por ejemplo: jornadas laborales, fragmentación de tareas, ritmo de trabajo, número de personal, especialización de tareas, etc. La organización del proceso de trabajo cuyo objetivo es el de incrementar al máximo la productividad de la fuerza de trabajo es el que determina quién y cómo se realizarán las tareas de cada puesto de trabajo y va ser un elemento importante que designe los riesgos y exigencias que cada trabajador tendrá y el posible daño a su salud que de estos sobrevenga (Martínez, 2009).

#### **1.4. La medicina como forma de trabajo**

La investigación científica es vital para conocer y entender mejor la naturaleza humana, la relación del hombre con los seres vivos y su ambiente. Los conceptos de la teoría médica comparten los principios que dictan la naturaleza y el ser humano, debido a su relación con la sociedad, la medicina fomenta también

sentimientos de solidaridad y el compromiso de servir a quien lo necesita. La función social y humanitaria de la medicina es característica desde sus inicios, ya que siempre se le ha visto como una práctica cuyo objetivo es proteger la fragilidad humana y la salud e integridad personal, de ahí que el término de ética médica determine una condición científica respetable (Narro & Ruíz, 2004).

La medicina trata de prolongar la vida en función de una buena salud en todos los habitantes de la sociedad, siempre bajo riguroso precepto de calidad y dignidad. Por ello, la función social del médico comprende cuidar el bienestar de su comunidad, conservar la integridad de los pacientes, prevenir enfermedades y afrontarlas para vencerlas o disminuir el dolor (Narro & Ruíz, 2004).

Con tales responsabilidades, quienes ejercen la profesión de la medicina deben ser personas totalmente capacitadas para manejar su sensibilidad hacia el dolor y sufrimiento ajeno, con espíritu de cooperación y servicio a la comunidad. En la actualidad, la sociedad exige del médico preparación, decoro y ética profesional, por lo que se le debería dotar de todos los elementos indispensables para el ejercicio de su profesión, incluyendo una remuneración acorde con su estatus cultural, científico y de responsabilidad (Cervera & Viñes, 1999).

### **1.5. Contexto social del ejercicio médico en México**

Las reformas estructurales en el segmento de salud se han dado desde la década de los 80's alimentadas sobre todo por cuestiones económicas. En esos años, el Fondo Monetario Internacional (FMI) propuso un recorte en los gastos a sectores sociales incluyendo la salud, una vez que argumentaba pasar por una dura crisis. Al hacerlo, se dio un deterioro de estos servicios en aquellos países a los que se les destinaba el apoyo afectando tanto a empleados como a pacientes. Posteriormente, el Banco Mundial promovió la descentralización de los sistemas de salud y la separación de las funciones de financiamiento, provisión y universalización del acceso a servicios de salud. De esta forma, se crearon paquetes básicos de

servicios mínimos que cada país debía definir con sus propios recursos y estudios de eficiencia de costos. El argumento que dio para hacerlo es que el sector privado podría dar una mejor atención (Homedes & Ugalde, 2005).

En el México de los 80's se tomó como base la crisis económica para seguir las recomendaciones del FMI y del Banco Mundial. Tomar tal decisión llevó a reducir el gasto per cápita en salud de 13.2 dólares en 1981 a 2.3 en 1983, al mismo tiempo se descentralizaron los servicios de salud, se crearon nuevas entidades y se intentó absorber los programas IMSS Coplamar que cambió de nombre a IMSS Solidaridad y después a IMSS Oportunidades. Entre 1982 y 1988 los presupuestos para el sector salud descendieron hasta 40% deteriorando las instituciones y los salarios del personal; paradójicamente, en esa época fue elevado a rango constitucional el derecho a la protección de la salud en México (Ortiz, 2006).

En el periodo comprendido entre los años 1994 y 1995, justo en el sexenio de Ernesto Zedillo, acaeció una nueva crisis económica en donde se llevaron a cabo dos acciones para seguir el modelo neoliberal: la definición de un Paquete Básico de Servicios de Salud y la Reforma del Sistema de Pensiones del IMSS. Sobre esta última, el gobierno aseguró que crearía una base de ahorro para el crecimiento de la economía nacional y que el seguro de enfermedades y maternidad se volvería autofinanciable, lo que de acuerdo con Brachet Márquez sucedió, sólo que el IMSS perdió el control de las pensiones, ya que entre sus funciones seguían estando las cotizaciones y el otorgamiento de servicios de salud a los pensionados, por lo que llevó a la quiebra a la dependencia en el año 2003 (Ortiz, 2006).

Más tarde, durante el sexenio de Vicente Fox se publicó la Ley General de Salud, en mayo de 2003, con la finalidad de crear un sistema de protección social en salud y su brazo operativo, el llamado Seguro Popular, donde la contribución del usuario se calcula con base en su situación económica, pero que desgraciadamente no ofreció servicios eficientes y de calidad sino únicamente un servicio limitado y deficiente para sus usuarios (Ulloa & Raya, 2011).



Posteriormente, en el sexenio de Felipe Calderón (2007) se reformó el ISSSTE y se modificaron las bases del derecho de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado, que cambió la provisión pública del sistema de salud y sus pensiones pues se basaba en un modelo de gestión de servicios asentado en un financiamiento y atención segmentada de los mismos hacia los derechohabientes, además que fomentaba la competencia entre prestadores públicos y privados; por lo que la modificación al sistema de pensiones ahora promovía cuentas de capitalización individual con beneficios indefinidos y su administración privada. En suma, desmanteló al organismo una vez que sus funciones se traspasaron a instituciones financieras de lucro cuyos objetivos fueron las ganancias y no el bienestar de los trabajadores (Ulloa & Raya, 2011).

Finalmente, desde inicios del sexenio del Presidente Enrique Peña Nieto (2012-2018) se propuso realizar una modificación a las reformas de salud vigentes “con el fin” de apoyar al sector público, modernizar la infraestructura hospitalaria y fortalecer la prevención de la salud. Para ello, sería necesario la creación de un Sistema Universal de Salud en México a través de la unificación de esfuerzos de la Secretaría de Salud, instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y del sector privado. Modificaciones que buscarían homologar los estándares de calidad, disminuir los tiempos de espera y hacer más eficiente el sistema de salud actual, además de proponer la modificación del artículo 4to constitucional que garantiza el disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población, para adicionar la creación del Sistema Nacional de Salud Universal para que el Estado destine y ejerza los recursos de este sector (Uribe & Abrantes, 2013).

Para mediados del año 2013, se dió marcha a la primera fase del Sistema Universal de Salud en México, en el que sin importar a que dependencia estuviera afiliado el trabajador con el fin de disminuir los costos, aprovechar la infraestructura y el personal médico podría solicitar su atención médica en cualquier centro hospitalario perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la Secretaría de Salud. Sin embargo, la atención médica estaría condicionada a un limitado número de enfermedades y servicios, quedando desprotegidos del Sistema Universal de Salud todas aquellas personas que presentaran padecimientos fuera del cuadro básico de servicios, infringiendo así, la garantía de los servicios de salud que otorga el artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que resulta contradictorio con el “fin” de esta reforma que era otorgar una seguridad social e igualdad al derecho a la salud que tienen todos los mexicanos.

Es por ello que la reforma de salud actual debe ser estudiada minuciosamente si es que se desea mantener un Sistema Universal de Salud para el bien de todos los mexicanos, ya que al ser diferentes las prestaciones y las aportaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Seguro popular parecería que esta creado para que los derechohabientes del IMSS e ISSSTE perdieran sus prestaciones y cobertura médica al momento de universalizar el servicio de salud, lo que los obligaría a pagar un servicio médico público o privado cuando requirieran una atención más especializada (Fundación Mexicana para la Salud, 2013).

## **1.6. La Medicina Legal**

La medicina legal y forense es una rama de la medicina en la que se aplican todos los conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el Derecho dentro de un procedimiento penal. El médico especialista en el área recibe el nombre de médico legista o médico forense, el cual, aporta sus conocimientos auxiliando a jueces y tribunales en la administración de justicia, determinando el origen de las lesiones sufridas por un herido o la causa de la muerte mediante el examen físico de un cadáver.

## **1.7. Elementos de trabajo de los médicos legistas y forenses**

### **1.7.1. Objeto de trabajo de los médicos legistas y forenses**

El ejercicio de los médicos legistas y forenses al encontrarse dentro del sector económico de servicios su objeto de trabajo son personas, en éste caso son los usuarios que se encuentran implicados dentro de un proceso penal (ya sea denunciante o denunciado) y que su situación requiera de un dictámen médico que determine si existe o no responsabilidad dentro del hecho por el cuál se están presentando, determinando la gravedad del mismo si existiera para una resolución justa al proceso penal. Además, los médicos también trabajan con cuerpos de cadáveres que tuvieron una muerte violenta o dudosa para determinar si existe o no alguna anomalía en la muerte de esa persona (Secretaría de Salud, 2014).

### **1.7.2. Medios de trabajo de los médicos legistas y forenses**

Los médicos legistas y forenses realizan sus tareas dentro de las instalaciones que conforman las coordinaciones territoriales de la Ciudad de México (antes delegaciones), teniendo tres principales sitios de trabajo: a) consultorio médico legal, b) anfiteatros y c) hospitales, donde se encuentre algún denunciante ,imputado o cadáver dentro de un proceso penal (Secretaría de Salud, 2014).

### **1.7.3. Funciones de los médicos legistas y forenses de la Ciudad de México**

Los procedimientos legales en la Ciudad de México (CDMX), sean penales o administrativos se procesan en las agencias del Ministerio Público y/o jueces cívicos de las coordinaciones territoriales que conforman las 16 delegaciones de la entidad, mismas que deberán contar con el apoyo pericial de diversas áreas, incluyendo la medicina legal y forense para que aporten los elementos técnico-científicos que se requieran para la resolución de casos relacionados con su ámbito de competencia (García, 2012a).

La función del perito médico legal y forense es analizar las evidencias con que se cuentan, y llevar a cabo todas las diligencias necesarias (de acuerdo a su especialidad) con el fin de emitir juicios que servirán a la autoridad en la conformación de un hecho ilícito. En el caso de los peritos que apoyan a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) sus funciones no se limitan a lo anterior, sino que además deben examinar que los servidores públicos de las instituciones gubernamentales conozcan y apliquen objetiva e imparcialmente los procedimientos y principios técnico-científicos de la medicina forense o, en su caso, los de su especialidad médica, evitando violar los derechos humanos de los involucrados.

Para alcanzar sus objetivos, éstos deben conocer e interpretar correctamente los criterios legales en los que se establecen conceptos y razonamientos que requieran para su integración, acreditación, y aplicación del conocimiento técnico-científico, también deberán proporcionar los elementos objetivos determinados en el cuerpo del delito, faltas administrativas o cualquier otro hecho ilícito, independientemente de su ámbito jurisdiccional (civil, laboral, penal, etc.). Es decir, deberán participar en la constitución, análisis y resolución de expedientes, denuncias, quejas o inconformidades relacionadas con su ámbito de competencia, con base en lo establecido en las leyes (García, 2012a).

Por ello es importante que los peritos médico-forenses o legistas conozcan todos y cada uno de los procedimientos requeridos para la investigación, así como la metodología a seguir en la estructuración de los certificados y dictámenes médico-legales, además de las normas jurídicas por las que se realizan y fundamentan, a fin que con su dictamen pericial el agente de ministerio público, juez o visitadores generales y adjuntos (abogados) cuenten con el sustento suficiente para determinar si existieron delitos o la existencia de actos ilegítimos, y en su caso, si la actuación de los servidores públicos presuntos responsables fue correcta y apegada a derecho acorde a lo ordenado en los artículos 206, 220-239 del Código Federal de Procedimientos Penales (García, 2012a).

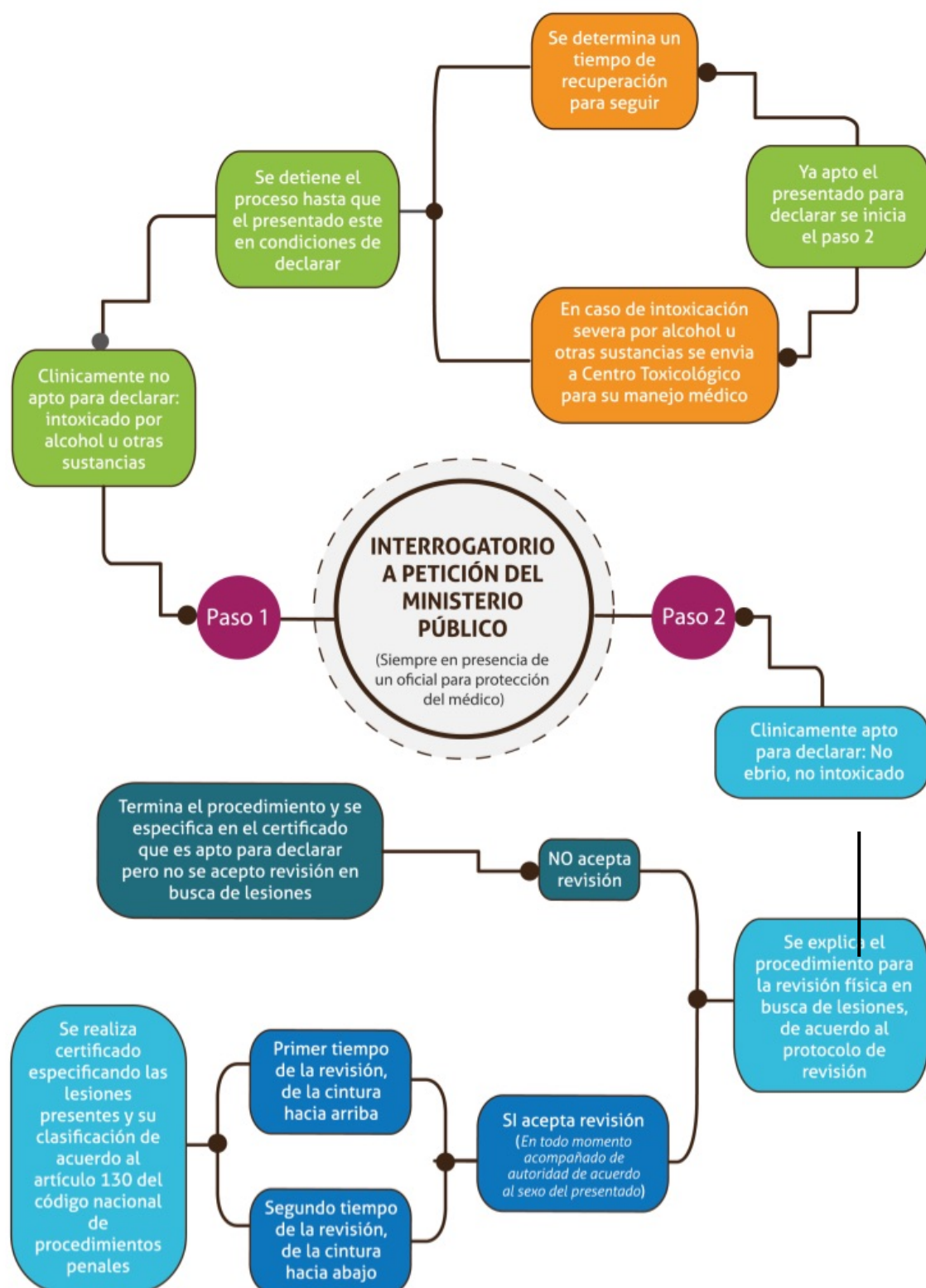
La Secretaría de Salud de la Ciudad de México tiene una unidad llamada Departamento de Medicina Legal, conformado por médicos generales y especialistas encargados de brindar apoyo a las autoridades para la impartición de las leyes en cuanto a medicina legal se refiere (García, 2012b), dentro de sus actividades como especialistas en medicina legal se encuentran:

1. Elaborar dictámenes relacionados con supuestas malas prácticas médicas.
2. Emitir opiniones sobre hechos traumáticos, en los cuales se suponen actos contra la vida y/o la integridad psicofísica (tortura, lesiones, homicidios, etc.)
3. Se presentan a hospitales a fin de:
  - a. Atender una queja o denuncia por supuesta mala práctica médica (deficiente e inadecuada atención del paciente, alta injustificada, falta de algún estudio, negativa de internamiento, entre otros).
  - b. Revisar a algún agraviado que haya sido golpeado que se encuentre en calidad de paciente y/o detenido dentro del hospital.
4. Se presentan a centros de readaptación social para:
  - a. Efectuar exploraciones físicas a personas relacionadas con denuncias o quejas por lesiones o supuesta tortura.
  - b. Corroborar la existencia de lesiones y la descripción que de ellas hicieron médicos de otras instituciones.
  - c. Ampliar la información sobre la mecánica de producción de lesiones.
  - d. Llevar a cabo exámenes toxicólogos, ginecológicos o los solicitados por la autoridad.
5. Se presentan a comparecencias cuando son citados por las autoridades.
6. Ir a donde sea que se encuentre el denunciante, quejoso o agraviado, o donde este arraigado el supuesto responsable de un delito, para constatar su estado de salud y de integridad psicofísica.
7. Realizan necropsias o exhumaciones para corroborar la causa de muerte.
8. Realizan estudios clínicos de estado de ebriedad y de intoxicación farmacológica aguda o farmacodependencia.

9. Realizan dictámenes de edad probable en detenidos y/o denunciados.
10. Realizan actas médicas de cadáver y extienden certificados de defunción.
11. Efectúan dictámenes ginecológicos y/o andrológicos, en caso de delitos sexuales, abortos, etc.
12. Acompañan a los abogados de la institución a la que pertenezcan a las reuniones de trabajo con los funcionarios de la CNDH, para la solución de alguna queja o inconformidad en busca de una conciliación.
13. Determinan la mecánica de lesiones y participan en la inspección del lugar de los hechos y en la reconstrucción de los mismos.
14. Llevan a cabo protocolos de investigación.
15. En el área laboral, pueden emitir dictámenes sobre accidentes y enfermedades de trabajo para precisar la lesión, origen y consecuencias, para que la autoridad pueda determinar la reparación del daño.
16. Efectúan el diagnóstico médico-legal de muerte encefálica (ME) para la autorización de donación de órganos.

Cada una de éstas funciones por sí misma es detonante de estrés dentro del área laboral de los médicos legistas y forenses de la Ciudad de México, a ellas se añaden las condiciones laborales negativas en que éstos realizan su profesión como mal estado de las instalaciones, material de trabajo insuficiente, incertidumbre e inestabilidad laboral, pero sobre todo un ambiente lleno de violencia donde se ven expuestos a amenazas, extorciones, violencia verbal y emocional por parte de los usuarios, así como a la pérdida de sentimientos hacia las situaciones en que se desarrolla su trabajo para lograr ser lo más imparcial en sus determinaciones (García, 2012a).

**Algoritmo1. Proceso de trabajo para la determinación de estado psicofísico en consultorio, hospital o reclusorio.**



## Formato 1. Certificado de Estado Psicofísico



CDMX

CIUDAD DE MÉXICO

AUTORIDAD SOLICITANTE:		
NO DE A.P. U OFICIO:		
COORDINACION TERRITORIAL	JUEZ CIVICO	MINISTERIO PUBLICO
LIBRO DE GOBIERNO NO.:	FOJA:	No.:

### CERTIFICADO DE ESTADO PSICOFÍSICO

Lesiones ( ) Sin Lesiones ( ) Edad clínica ( ) Otro: \_\_\_\_\_

El que suscribe, Médico Legista legalmente autorizado para ejercer su profesión, a solicitud de la autoridad

#### **CERTIFICA**

Que siendo las 00:00 horas de la fecha DIA- MES- AÑO, se realiza el examen médico legal a un individuo del sexo: \_\_\_\_\_, quien dijo llamarse: \_\_\_\_\_ tener una edad de: \_\_\_\_\_ años.

Con identificación oficial: NO PRESENTA

#### **PREVIA EXPLICACION DE LA ATENCION MEDICO LEGAL Y ENTERADO DEL PROCEDIMIENTO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Prevía explicación del procedimiento de revisión física medico-legal \_\_\_\_\_ acepto revisión medico legal. Firma: \_\_\_\_\_

#### **En caso de ser menor de edad o incapaz mental (madre, el padre o tutor)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma de autorizacion: \_\_\_\_\_

#### **En caso de ser menor de edad o incapaz mental (Servidor Público)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio Institucional: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Firma de Autorización: \_\_\_\_\_

#### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

Refiere padecer alguna enfermedad: **NO** Especifique: **NO**

Refiere ingerir algún medicamento: **NO** Especifique: **NO**

**PASO 1:** AL INTERROGATORIO SE ENCUENTRA DESPIERTO, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR, PERSONA Y CIRCUNSTANCIA, LENGUAJE FLUIDO, COHERENTE Y CONGRUENTE, MARCHA RECTILINEA, COORDINACION MOTRIZ SIN ALTERACIONES, ROMBERG NEGATIVO, **ALIENTO NO CARACTERISTICO/ ETILICO/SOLVENTE INDUSTRIAL**, PUPILAS ISOCORICAS Y NORMORREFLEXICAS, CLINICAMENTE NO EBRIO NO INTOXICADO, PREVIA EXPLICACION DEL PROCEDIMIENTO MEDICO-LEGAL **SI/NO** ACEPTA REVISION FISICA. **PASO 2.**

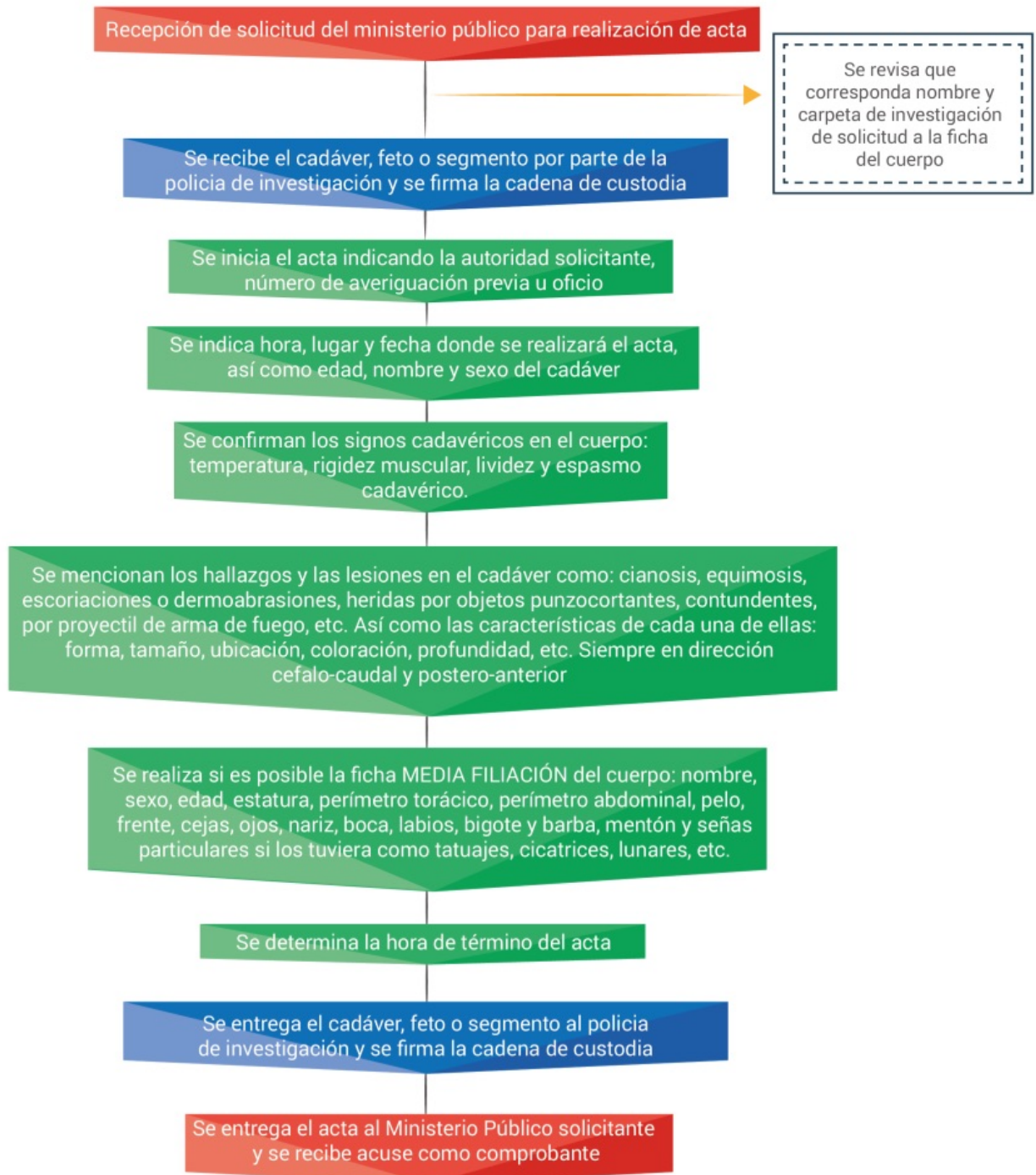
#### **CLASIFICACIÓN PROVISIONAL DE LESIONES Y/O CONCLUSIONES:**

**NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO**

**FECHA**



**Diagrama de flujo1. Proceso de trabajo para la realización de un acta medica de cadáver, feto o segmento.**



## Formato 2. Certificado Médico de Cadáver, Feto o Segmento



Autoridad solicitante:

No. de A. P. u Oficio:

LIBRO: FOJA: CONSECUTIVO:

### CERTIFICADO MEDICO DE CADAVER, FETO O SEGMENTO. NUMERO:

El que suscribe, Médico Cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión.

#### CERTIFICA

Que siendo las 00: 00 horas del DIA-MES-AÑO se traslado a solicitud y en compañía del C. Agente del Ministerio Publico en turno al: ANFITEATRO DE COORDINACION TERRITORIAL: ( ) . Con el fin de reconocer y revisar el cadáver de un individuo del sexo ( ) de aproximadamente \_\_ años de edad y quien en vida llevara el nombre de:

En el lugar indicado nos encontramos un cadáver en la orientación y posición siguientes: Sobre una CHAROLA METALICA, en decúbito dorsal, con la cabeza dirigida al NORTE Y pies dirigidos hacia el SUR, miembros pélvicos en extensión y miembros torácicos paralelos al eje del cuerpo.

Con los siguientes signos cadavéricos: Temperatura IGUAL/MENOR a la del medio ambiente, SI/NO rigidez muscular, SI/NO livideces, SI/NO espasmo cadavérico.

El cadáver es vuelto a reconocer como es de rigor en presencia del C. Agente del Ministerio Publico en turno, se corroboraron los datos mencionados, apreciándose además las siguientes lesiones:

- Descripción de las lesiones que presente el cadáver como equimosis, excoriaciones, heridas, etc., detallando cada característica como tamaño, color, forma, región donde se localiza, etc.

El suscrito careciendo de los datos suficientes para determinar la causa de la muerte se concreta en hacer del conocimiento de las autoridades competentes para los fines legales que corresponda

#### MEDIA FILIACION

Nombre:					
Sexo:		Edad:		Talla:	
Per. Torácico:		Per. Abdominal:		Pelo:	
Frente:		Cejas:		Ojo Der. e Izq.	
Nariz:		Boca:		Mentón:	
Labios		Barba y bigote:			

Señas Particulares:

Fecha.	Nombre y Firma del Medico:
--------	----------------------------

#### **1.7.4. Organización y división del proceso laboral de los médicos legistas y forenses**

El personal del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México está conformado por 420 médicos legistas y forenses, estos se encuentran divididos en dos zonas en las que se divide la ciudad: a) zona norte y b) zona sur, médicos que cubren todas las coordinaciones territoriales, fiscalías especializadas y salas de juicios orales dentro de la Ciudad de México.

Para este departamento existen 5 turnos: a) matutino (luneas a viernes de 08 a 14 hrs), b) vespertino (luneas a viernes de 14 hrs a 22 hrs), c) nocturno A (lunes-miercoles y viernes de 20hrs a 08 hrs del día siguiente), d) nocturno B (martes jueves y sabados) de 20hrs a 08 hrs del día siguiente, y e) guardias de fines de semana y días festivos (turnos de 36 hrs continuas).

Cabe mencionar, que en cada uno de los sitios de trabajo para los médicos legistas solo se cuenta con un médico único por turno, lo que en ocasiones hace más complicadas algunas de sus tareas (Secretaría de Salud, 2014).

## **2. CAPÍTULO II. RIESGOS Y EXIGENCIAS EN LA PRÁCTICA MÉDICA LEGAL**

Noriega (1993), menciona que el trabajo es una actividad fundamental en el ser humano que posibilita la vida humana misma, puesto que lo crea física y mentalmente y le permite desarrollar al máximo sus capacidades humanas, por lo que debiera considerarse como una fuente de salud, sin embargo, también puede causar distintos daños físicos y emocionales a la misma de acuerdo a la interacción de los distintos elementos del proceso de trabajo que determinan de alguna manera el perfil salud-enfermedad de la población trabajadora.

La salud de los trabajadores no pertenece únicamente a los sucesos ocurridos dentro del área y tiempo de trabajo, parte también de las condiciones en las que viven y se desempeña cada una de éstas, así como las causas específicas que condicionan algún problema de salud. Es una problemática que ha ido creciendo de forma desproporcionada por la complejidad y las variantes que tiene para ser abordada; por ello, identificar alternativas que mejoren la calidad de vida y condiciones laborales actuales es primordial. Una de las dificultades de su estudio es que la medicina laboral actual está orientada hacia la atención de los daños ocasionados en el trabajador únicamente dentro del centro laboral, y no pone atención en los riesgos y exigencias que el entorno genera a manera de enfermedades secundarias (Noriega, 2001).

Existen numerosas disciplinas que pueden intervenir en la mejora de las condiciones laborales, como lo son: la medicina, el derecho, la psicología, la nutrición, la ergonomía, la toxicología, la seguridad industrial, por mencionar algunas, a partir de las cuáles se pueden planear ambientes ideales para mantener un estado de salud idóneo en los trabajadores o en su caso, corregir los aspectos negativos que afecten la salud de los mismos. Desafortunadamente, la mayoría están enfocadas al factor biológico e individual que produce los daños en la salud, siendo este sólo un pequeño eslabón de la cadena que conforma la relación salud-enfermedad laboral.

A pesar de que prevalece el discurso del análisis integral del proceso de trabajo, prevención de daños y la promoción de la salud en las organizaciones, el estudio de esta relación se ha caracterizado por insuficiencias o nula respuesta en algunos casos de la parte institucional. Por si esto fuera poco, en la actualidad lejos de haber mejorado las condiciones laborales y de salud de los trabajadores se han deteriorado por los recientes cambios de las normas que rigen a los trabajadores en las que se ha pisoteado al trabajador disminuyendo su capacidad de respuesta para hacer valer sus derechos (Sánchez & Corte, 2012).

Es importante mencionar que muchos de los criterios médicos y legales actuales para la determinación de enfermedades laborales dificultan el reconocimiento de muchas de ellas, en ocasiones por el desconocimiento de su causalidad y en otras en complicidad con las empresas para no ser reconocidas como enfermedades de origen laboral.

Por ello, es importante que la medicina laboral actual deje a un lado la visión de sólo clasificar si los problemas de salud son identificados dentro o fuera del centro de trabajo para considerarlos como de causalidad laboral, puesto que lo importante es reconocer los factores que determinan el desarrollo de una u otra enfermedad, las cuáles pueden estar sólo presentes fuera del centro de trabajo y tener su origen por completo dentro del mismo. Aunque como se ha descrito, éste es uno de los problemas más difíciles de vencer para el reconocimiento de los daños como consecuencia del trabajo, de ahí que se registren casi exclusivamente los accidentes y no las enfermedades laborales. De cualquier manera, lo que muestran las estadísticas oficiales acerca de la gravedad y letalidad de los accidentes, es la persistencia de condiciones laborales que impactan negativamente la salud, así como la detección tardía de las enfermedades derivadas del trabajo (Noriega, 2001).

Desafortunadamente, México no cuenta con un registro oficial confiable de problemas de salud derivados del trabajo, al contrario, existe un subregistro importante ya que los trabajadores que se accidentan en su centro laboral se tratan

con el médico de la misma institución, donde muchas compañías prefieren darles días de recuperación antes que éste acuda a solicitarlos a su institución de seguridad social, pues ello generaría una penalización a la empresa. De igual forma, hay muchas enfermedades y accidentes que no son reportados por considerar que ocurrieron fuera del trabajo, aun cuando éste pueda ser causal del problema (Haro, Juárez, Sánchez & Aguilar, 2014).

Por ejemplo, los médicos que trabajan hasta 48 horas continuas por realizar guardias dos o tres veces por semana de forma habitual padecen trastornos del sueño, afectando así el desarrollo y funcionamiento del individuo dentro de su sociedad (Alferez & Matta, 2013). El trastorno del sueño aparecerá asociado a fatiga, disminución de las capacidades cognitivas y motoras durante el día y, por lo tanto, a una mayor incidencia de accidentes de tránsito y laborales, situaciones que pueden ocurrir fuera del área y horario laboral, pero ser originadas por el mismo (Martínez & cols, 2008).

El desconocimiento del proceso, organización y división del trabajo son el principal factor desencadenante de esta problemática debido a que la salud de los empleados no depende únicamente de las condiciones físicas de la actividad laboral, sino también de las características que determina el proceso mismo constituyendo éstas un riesgo importante que afecta la vida de los trabajadores dentro y fuera del centro laboral, así como la de su familia consecuentemente. Si se pretende avanzar en el conocimiento de la problemática de salud que enfrentan los trabajadores, se debe buscar más allá de la atención del daño ocasionado y establecer acciones que mejoren las condiciones laborales, se requiere realizar un seguimiento sistemático de la situación, lo cual implica un estudio completo y detallado a fondo de los procesos de trabajo y los elementos que lo conforman, solo así se determinarán los riesgos y exigencias que ponen en riesgo la salud de los empleados sin importar si son dentro o fuera de la organización, solo así se podrá identificar si existe relación entre éstos (Laurell, 1983).

## 2.1. Riesgos y Exigencias

Los elementos generados del proceso de trabajo se caracterizan por ser factores susceptibles de afectar la salud y la seguridad de los trabajadores, de acuerdo a las características en que estos se lleven a cabo derivará en el daño o no en el trabajador (Martínez, 2009).

Noriega y colaboradores (2009), refieren que para poder percibir de manera correcta la relación entre trabajo y salud se requiere la búsqueda de ciertos elementos considerados de intervención o mediación, los cuáles son potencialmente nocivos o no para la salud de los trabajadores. Estos elementos son de tres tipos: 1) los riesgos: son situaciones causadas por las características de los objetos y los medios de trabajo; 2) las exigencias: son situaciones causadas por el tipo de trabajo y por las formas específicas de organización, y 3) los componentes humanizantes: son aquellas situaciones del trabajo cuya disminución o ausencia puede generar problemas de salud en los trabajadores (Noriega & cols, 2009).

Los riesgos laborales, para su estudio sistemático y exploración empírica se les ha agrupado en: riesgos físicos, químicos, biológicos y mecánicos.

**Riesgos físicos:** comprende los elementos físicos presentes dentro y fuera del área de trabajo como la temperatura, el ruido, la luz natural, las radiaciones, etc.

**Riesgos químicos y biológicos:** elementos químicos como gases, líquidos, polvos, humos, vapores, etc., así como riesgos biológicos como hongos, bacterias, virus, roedores y animales ponzoñosos.

**Riesgos mecánicos:** elementos que pueden ser causales de accidentes o la muerte, por ejemplo, instalaciones en mal estado, pisos resbalosos, maquinaria en mal estado, herramienta no adecuada para la tarea a realizar, etc. (Noriega, 1989).

Por otra parte, las exigencias han sido ordenadas de acuerdo a la función del tiempo de trabajo, la cantidad e intensidad del trabajo, las formas de vigilancia del trabajo, los tipos actividades y la calidad del trabajo de la siguiente forma:

**1.-En función del tiempo de trabajo:**

- Duración de la jornada diaria
- Duración de la jornada semanal
- Horas extras
- Doble turno
- Guardias
- Tipo de turno
- Rotación de turno
- Trabajo nocturno
- Pausas

**2.- En función de la cantidad e intensidad trabajo:**

- Grado de atención
- Tiempos y movimientos
- Repetitividad de la tarea
- Prima de producción
- Pago a destajo
- Pago por hora
- Posibilidad de fijar el ritmo de trabajo

**3.- En función de la vigilancia del trabajo:**

- Supervisión estricta
- Supervisión con mal trato
- Control de calidad

**4.- En función del tipo de actividad:**

- Dificultad de comunicación o aislamiento
- Dificultad de desplazamiento



- Características del esfuerzo físico
- Posiciones incómodas y/o forzadas
- Sedentarismo
- Minuciosidad en las tareas

#### **5.- En función de la calidad del trabajo:**

- Calificación para el desempeño del trabajo
- Posibilidad de iniciativa
- Dirección y decisión la actividad
- Grado de conjunción entre concepción y ejecución
- Interés de los trabajadores en su actividad.

La exposición a estos riesgos y exigencias traerán consigo daños a la salud en los distintos grupos de trabajadores de acuerdo a la organización y características de cada puesto de trabajo. Por ello es importante tener un control exacto de todos los procesos que conforman el proceso de trabajo para con ello poder identificar los puntos donde el trabajador pudiese ver afectada su integridad física y mental como consecuencias de las actividades que ellos desarrollan y de las formas de organización y división técnica del trabajo ( Noriega, 1989).

### **2.2. Riesgos y exigencias en el personal médico**

Actualmente, la existencia de diferentes formas de organización de trabajo ha contribuido a la aparición de exigencias laborales diferentes y la modificación del proceso laboral en todos los sectores. Noriega (1989), refiere que estas son “necesidades específicas que se impone a los trabajadores como consecuencia de las actividades que ellos desarrollan y de las formas de organización y división técnica del trabajo en un centro laboral”, condiciones que han modificado la política económica y social en México como resultado de una “flexibilidad productiva” sin control, que produce un sentimiento negativo en los trabajadores y se ve reflejado en casos con trastornos físicos y mentales (Kawakami, 1993; Tamez, 1993).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos de Norteamérica (NIOSH), los hospitales son clasificados como centros de alto riesgo laboral respecto a otros pertenecientes al sector servicios derivado de las condiciones de exposición a diferentes riesgos y exigencias del personal que ahí se desempeña pudiendo desencadenar trastornos físicos y mentales secundarios (NIOSH, 2008).

En México, la salud está a cargo principalmente de tres instituciones, la Secretaría de Salud (SEDESA) que atiende al sector público, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que es una Institución del gobierno federal autónoma y tripartita (Estado, patrones y trabajadores) dedicada a brindar servicios a empleados en el sector privado, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende las necesidades de los empleados del estado. Instituciones actualmente afectadas por una crisis económica que ha repercutido en malas condiciones laborales y un ambiente negativo para quienes laboran en ellas (Pavón & Méndez, 2011).

Hay que señalar que los riesgos y exigencias al que se ve expuesto este sector no derivan únicamente de condiciones físicas por la falta de recursos al momento de realizar sus tareas, sino que parte de igual forma de las exigencias emocionales que conlleva su labor profesional que les afecta tanto a su vida personal como en la forma que prestan sus servicios (Ramis, Manassero & García, 2009).

El incremento en el número de trabajadores que sufren de burnout y violencia en los centros de trabajo, son una prueba del aumento del estrés laboral creciente en estos lugares, y aunque esta problemática puede estar presente en la mayoría de trabajadores del sector servicios existen muchas investigaciones (García & cols, 2003; Ortega & López, 2004) que demuestran más afinidad de este problema en trabajadores del sector salud, siendo la población médica y de enfermería las más afectadas, afectando su salud física, mental, calidad de vida y eficiencia profesional.

El desgaste profesional derivado del estrés laboral ha ido aumentando sin control; existen tres cambios socio-laborales determinantes para la presencia de desgaste profesional en los médicos: a) Mayor carga en la atención a pacientes, lo que ha derivado en el aumento de afectaciones emocionales y mentales; b) Mayores exigencias macroeconómicas, que han condicionado un aumento en las exigencias de este gremio, y c) Condiciones laborales actuales deterioradas (incremento de turnos, desempleo, sueldos insuficientes, etc.), que han aumentado la violencia y trastornos como el burnout en la profesión médica (Fernández & cols, 2003).

El personal médico que brinda sus servicios para promover la salud de la población no está exento de presentar trastornos físicos y mentales como a quien atiende; a nivel mundial, se estima que el 12% de los médicos están en riesgo de presentar uno o más episodios de trastornos mentales y conductas adictivas al alcohol, drogas y psicofármacos (O'Connor & Spickard, 1997).

Un estudio realizado en el Hospital General de la Ciudad de México en busca de la prevalencia de consumo de alcohol y drogas en personal de salud en el año 2004, encontró que 41% del personal frecuentemente consumía alcohol y 38% eran bebedores. En los resultados del consumo de drogas se encontró que 7% consumieron analgésicos narcóticos, 11% tranquilizantes, 2% sedantes y 3% anfetaminas. Estudio donde los participantes atribuían el consumo principalmente al estrés y violencia laboral dentro de su área de trabajo (Martínez, Medina & Rivera, 2004). De igual forma, se realizó un estudio del consumo de alcohol en estudiantes mexicanos de último año de medicina, donde se encontró que 46% de la población eran consumidores de alcohol a niveles muy elevados (Puig, Cortaza, Pillon, 2011).

Las exigencias más reportadas en este sector son:

- Rol social

Es importante mencionar que el impacto de la «cultura médica» y el peso de ésta en la sociedad es otra exigencia en relación con la salud mental de los médicos que los mantiene constantemente con ansiedad, depresión, insomnio, con

generalización de los mecanismos de defensa que los dificulta a pedir ayuda a los demás y a expresar sus sentimientos, haciéndolos más propensos al consumo de alcohol o drogas por el constante contacto con situaciones de estrés generadoras de desgaste profesional (Moreno & Peñacoba,1999; Firth & Greenhalgh,1997).

- Turnos nocturnos

Otras de las características de los médicos es el trabajo en turnos nocturnos y guardias de hasta 48 horas continuas, situación que incide directamente en la salud de éstos, mermando así su vida personal, con una disminución de la calidad de las relaciones y aumento de los conflictos por dificultades de comunicación, irritabilidad, hostilidad y rupturas familiares, así como un progresivo aislamiento social, generando así un factor más de riesgo para el desarrollo de estrés y desgaste profesional (Maslach & Jackson,1981; Ferrer, 2002).

### **2.3. Riesgos específicos en el médico legista y forense**

#### **2.3.1. Contacto con personas involucradas en procesos penales**

En la Ciudad de México, los procedimientos penales comienzan en las agencias del Ministerio Público y/o Juez Cívico, las víctimas acuden a las agencias a denunciar delitos y los presuntos responsables son puestos a disposición en este sitio para su delaración y procesamiento.

Los ministerios públicos y jueces se apoyan en los médicos legistas y forenses para poder examinar a las víctimas y/o presuntos responsables para determinar las lesiones visibles presentes en el momento de la revisión, ésto con el proposito de clasificar las lesiones presentes si las hubiera para determinar parte de la sanción que será impuesta, además para asegurarse si es que no hay lesiones durante la revisión física de que no ha habido maltrato dentro de la agencia, así como determinar que no se encunetren ebrios o intoxicados para ser considerados como aptos para dar su declaración.

Por lo tanto, el médico legista mantiene contacto con víctimas y presuntos responsables, por una parte víctimas que por el momento que viven se encuentran molestas, ofendidas, íricas pidiendo justicia, y por otra, los presuntos responsables que pueden ser personas con un largo historial penal como: delincunetes, homicidas, narcomenudistas, farderos o simplemente personas que esperan mostrar su inocencia en la acusación que se les ha hecho, motivo por el cuál tambien se pueden mostrar nerviosos, ansiosos, renuentes, molestos o íricos por la situación en la que se encuentran y sus repercusiones. (García, 2012a).

### **2.3.2. Riesgo biológico por contacto permanente con cadáveres**

Los médicos legistas al realizar actas médicas de cadaver, buscan lesiones que puedan determinar la causa aparente de muerte de personas con indicios de violencia o con sospecha de un hecho ilícito, condición que los expone a cuerpos en diferentes fases de descomposición, desde un cuerpo con pocas horas despues de su muerte hasta cuerpos putrefactos con días después de ella, exponiéndolos al contacto con bacterias, hongos, parásitos y diversas sustancias químicas que pudiesen estar aun presentes en el cuerpo durante su exploración (García, 2012a).

### **2.3.3. Manejo de cargas**

La manipulación manual de cargas es tarea frecuente en muchos sectores laborales donde interviene un esfuerzo físico de forma directa durante el levantamiento y colocación de un objeto e indirecta al realizar un empuje, tracción o desplazamiento del mismo. Actividad que es responsable de la aparición de diversos daños en la salud como fatiga física o lesiones musculoesqueléticas (miembros superiores y zona dorsolumbar principalmente), mismas que pueden ser originadas de manera inmediata por la exposición a objetos demasiado pesados o por la exposición a cargas mínimas pero constantes por tiempos prolongados (ISO / CD 11228).

Existen diferentes factores que condicionan un riesgo para la salud mientras se realizan cargas manuales:

- Mucho peso: se considera que objetos mayores a 20 Kg resultan demasiado difíciles para ser levantados por la mayoría de las personas
- Tamaño: al ser demasiado grande el objeto no se podrá realizar una técnica adecuada levantamiento y transporte
- Difícil acceso: si para alcanzar la carga hay que extender los brazos o inclinar el tronco, la fuerza muscular necesaria es mayor
- Adopción de posturas o movimientos forzados
- Espacio insuficiente para la manipulación de la carga: induciendo a mantener una postura forzada y favorecer un desplazamiento peligroso de la carga
- Peso desigual, inestable o resbaladizo.
- Iluminación insuficiente
- Complejidad física no favorable del personal que la realiza.

En el caso concreto de los médicos legistas y forenses, se ven expuestos a este riesgo al trabajar manipulando cadáveres que pueden ir desde muy poco peso hasta cadáveres muy pesados como es en su mayoría. Además, aunado a que realizan su tarea sin compañía alguna, esto condiciona en muchas ocasiones que tengan que adoptar diferentes posiciones incómodas para poder alcanzar a observar todos los aspectos que deben ir plasmados en su peritaje.

## **2.4. Exigencias**

### **2.4.1. Exigencias dentro de las instalaciones**

#### **2.4.1.1. Durante la evaluación de estado psicofísico**

De acuerdo al manual administrativo de procedimientos médico legales (Secretaría de Salud, 2014), el interrogatorio y la exploración física debe llevarse a cabo dentro del consultorio médico legal en compañía de un oficial de la Secretaría de Seguridad Pública para protección y auxilio del médico

legista, condición que la mayoría de las ocasiones no se realiza por falta de personal o porque los usuarios son enviados al médico legista sin la compañía del oficial.

#### **2.4.1.2. Durante la realización de actas médicas de cadáver**

Las actas médicas de cadáver se realizan en los anfiteatros adjuntos a cada una de las agencias del ministerio público, los cuales deberían cumplir con ciertas normas para poder ser óptimas para la realización de las mismas para todo el personal sin importar su sexo y complexión, condiciones tales como la calidad de iluminación, temperatura, altura de las planchas, distancia entre planchas, pisos no resvaladizos, limpieza y mantenimiento de los mismos. Además, para la realización de la exploración física óptima del cadáver se necesita del equipo adecuado para el manejo del mismo, así como la protección del personal que lo manipula, materiales como tyvex, guantes de latex, lentes protectores, mascarillas y cintas métricas; equipo que de igual forma que las condiciones de los anfiteatros no están presentes en la mayoría de los anfiteatros adjuntos a los ministerios públicos (Secretaría de Salud, 2014).

#### **2.4.2. Exigencias fuera de las instalaciones**

El médico legista por medio de una petición ministerial realiza evaluaciones de estado psicofísico en reclusorios y hospitales a víctimas y presuntos responsables que por su situación no pudiesen ser trasladados a un ministerio público; a pesar que existe un convenio para resguardar la integridad de los médicos legistas con la Secretaría de Seguridad Pública para trasladar al mismo desde la agencia donde se encuentre hacia el hospital o centro penitenciario donde realizará su ejercicio y del mismo a la agencia, en muchas ocasiones no se tiene el personal en el momento que se requiere la intervención del médico legista, exponiéndolo a accidentes de traslado o en ocasiones al acoso, intentos de soborno y en algunas ocasiones a agresiones físicas y verbales de familiares o interesados de quienes dependen del

peritaje médico. Además, existen ocasiones en las que los médicos son trasladados a donde se les solicite y terminando su tarea ya no se encuentra la patrulla encargada de su traslado, situación de alto riesgo principalmente para los médicos que laboran durante las guardias nocturnas (Secretaría de Salud, 2014).

### **2.4.3. Violencia laboral y Síndrome de burnout como exigencias psicosociales**

#### **2.4.3.1. Violencia laboral**

La Organización Internacional del Trabajo definió la violencia laboral como “todo acto, incidente o comportamiento fuera de lo razonable, en donde una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia de la misma” (Chapell & Di Martino, 1998).

Al respecto, México ha sido testigo de este fenómeno social cada vez más frecuente dentro de los centros laborales de todo el mundo, mismo que se ha convertido en un problema recurrente sin importar el tipo de trabajo que se realice, quién lo realice o dónde se realice, y que influye en todos los sectores económicos, aunque es el sector de servicios el más afectado por esta condicionante por ser en el que existe una relación directa y permanente entre usuarios y prestadores de servicios.

La Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo publicada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2011), mostró resultados que confirman que los trabajadores del sector servicios son los más afectados por esta problemática, ya que cerca del 13% de los trabajadores del sector servicios de su investigación en algún momento habían sufrido de violencia dentro del ambiente laboral, a diferencia del 4-6% que significó en el resto de los sectores económicos.

La violencia en el ámbito laboral, independientemente de la forma en que se da, termina por afectar la dignidad de los trabajadores, crea desigualdades y conflictos en todo el entorno laboral y repercute directamente en la productividad y objetivos del lugar del trabajo.



En este sentido, las agresiones pueden ser entre trabajadores o incluir a personas ajenas al lugar del trabajo que se encuentren en él. Partiendo de este último punto, Chapell & Di Martino (1998), basaron su concepto de violencia en el trabajo desde la perspectiva donde el trabajador es abusado, amenazado o atacado por un compañero, independientemente de su jerarquía en la organización. A ello le llamaron violencia interna, mientras que aquella que ejercen pacientes, familiares, clientes o usuarios la denominaron violencia externa; así también, consideraron como violencia a la repetición de actos que poco a poco van dañando la integridad psicológica del afectado.

La violencia en el ámbito laboral se manifiesta de diferentes formas; contempla situaciones físicas como ataques, lesiones, golpes, agresiones psicológicas como comportamiento hostil, aislamiento, racismo, desprecio, desautorización, insultos, mensajes ofensivos, gritos, amenazas, agresiones sexuales que van desde el lenguaje soez, piropos obscenos, contacto físico o roces innecesarios, miradas insinuantes hasta acoso sexual (Chapell & Di Martino, 1998).

El acoso moral es el tipo más común de violencia laboral, de acuerdo con Hirigoyen (2001), se trata de una conducta abusiva de actos y palabras, que atenta por su repetición o sistematización contra la dignidad o integridad psíquica o física de una persona, considerando a la par el maltrato psicológico. También explicó que en el ámbito laboral, específicamente en los servicios públicos, el acoso moral repercute en la salud y personalidad de las víctimas, y que en ese contexto es todavía más inaceptable en la medida en que los servidores públicos y sus organismos deben velar por el bienestar de la sociedad; sin embargo, cuando la institución forma parte de un sistema pervertido en lo moral, es fácil que se den situaciones de violencia en los procesos de trabajo.

En 1990, Heins Leymann, habló de un término muy parecido al acoso moral al que denominó “mobbing”, y en él conferían situaciones de hostilidad y acoso psicológico sobre un blanco, que puede ser una persona o grupo; tiende a manifestarse

mediante comportamiento agresivo e insultante que, en el centro laboral, busca la eliminación del trabajador de la institución.

Leymann (1996), explicó que suele manifestarse desde el aislamiento físico, la marginación, la hostilidad y la falta de comunicación. En un nivel más alto habrá conceptos peyorativos, asignación de tareas humillantes y degradación frente a compañeros, clientes o superiores, que en conjunto desacreditan, discriminan o dañan al trabajador, donde el “mobber” o quien realiza la agresión puede ser un compañero que le excluye de actividades para resultarle incómodo. También se da el caso de que los superiores de otras áreas estén enterados de esta situación y no participen directamente en el acoso, pero eviten solidaridad con la víctima, la cual, la mayor parte de las veces termina renunciando después de haber sufrido patologías físicas y psicosomáticas. Para que el mobbing sea considerado como tal, debe haber acoso, repetición y el objetivo de que la persona atacada salga de la organización.

En el sector salud, las exigencias de los puestos de trabajo igual que las reformas al sistema generan acumulación de estrés y cargas excesivas de trabajo que pueden generar violencia. Además, las labores se desenvuelven en situaciones críticas que ponen en peligro al personal que está expuesto a riesgos biológicos-infecciosos, físicos y mentales.

En el informe publicado por Chapell y Di Martino (1998) en la Unión Europea donde se entrevistó a 15,800 empleados de 15 países distintos, se encontró que 4% de los trabajadores sufrieron violencia psíquica, 2% acoso sexual y 8% fue víctima de intimidación y hostigamiento.

La solicitud de atención puede ser otra fuente de violencia. Al respecto, el Consejo Internacional de Enfermería constató que cerca de 25% de las agresiones de trabajo se dan en el sector sanitario, donde más del 50% del personal afirmó haber sido víctima en alguna ocasión, sobre todo de insultos y violencia verbal, que son las manifestaciones más constantes por parte de los usuarios (Dois, 2011).

Los factores de riesgo que desencadenan la violencia en instituciones de salud dependen del lugar, tamaño y tipo de actividad, así como de las características de la población asistida, la cantidad de personal, la infraestructura en general y las medidas de seguridad. Estos factores reflejaron en un estudio realizado en Suecia que desencadenan irritación, rabia, miedo al agresor, incapacidad y situaciones de humillación, pues aunque ser el blanco de agresiones causa estrés en los trabajadores, también los predispone a realizar actos violentos para sus usuarios (Zahid, Al-Sahlawi & Shahid, 1999). Bajo este panorama, es primordial fortalecer la normatividad existente en materia laboral, con la finalidad de mejorar las condiciones laborales en éste y todos los sectores económicos con el compromiso de garantizar una integridad física, psicológica y social para los trabajadores basada en la equidad, tolerancia, justicia y respeto.

#### **2.4.3.2. Síndrome de burnout**

El término de burnout no tiene como tal una traducción al español, debido a que es una expresión anglosajona que hace referencia a una disminución del ánimo para realizar alguna actividad y crea una sensación de agotamiento o hartazgo; existen diferentes traducciones del trastorno como “síndrome de estar quemado” o “síndrome de desgaste profesional”, derivado de la problemática de traducción a través del tiempo se ha convenido utilizar el nombre inicial de síndrome de burnout o únicamente burnout (Díaz & Gómez, 2016).

Maslach & Jackson (1986), lo describieron como un trastorno tridimensional, conformado por: agotamiento emocional, despersonalización y poca realización personal, lo que conlleva a un desempeño laboral negativo como consecuencia de la exposición a estrés crónico derivado del trabajo y no de la vida diaria.

Diferentes estudios concluyeron que el desencadenante principal del burnout es la fatiga, que va mermando la forma de interactuar del trabajador con los demás, así como la percepción que éste tiene de sí mismo en su centro laboral, seguido de un distanciamiento cognitivo y emocional en sus tareas diarias, cuyo efecto es una

respuesta negativa a las exigencias que el trabajo le demanda. Derivado del distanciamiento que desarrollan, presentan una despersonalización caracterizada por indiferencia y actitudes de cinismo hacia sus actividades laborales y a las personas que solicitan sus servicios, al mismo tiempo que generan insatisfacción y bajas expectativas personales (Maslach, 1976; Pines & Kafry, 2007; Máximo, Avalos, Valderrama & Uribe, 2009).

Carrillo, Espinoza y Gómez (2012), refirieron que las profesiones más expuestas para el desarrollo del síndrome de burnout son aquellas en las que la carga de trabajo es excesiva y hay relación directa con el cliente como docentes, enfermeras, médicos, etc. El resultado de un ambiente con estas condiciones no sólo se verá reflejado con mal trato hacia los consumidores, ausentismo y abandono laboral, sino que propiciará una interacción mermada entre los trabajadores mismos.

### **Antecedentes históricos del burnout**

El concepto de burnout a través de los años se ha modificado de acuerdo con los diversos teóricos e investigaciones realizadas del mismo, y aunque existen diferentes planteamientos sobre el origen del trastorno, es un hecho que el resultado de su presencia en el ámbito laboral trae consigo un efecto negativo que repercute, directa e indirectamente en toda la sociedad, tanto en quienes lo desarrollan como en quienes requieren de los servicios de los afectados.

Herbert Freudenberger, médico psiquiatra alemán, fue de los primeros investigadores en describir los síntomas de desgaste que generaban el agotamiento profesional que afectaba al sector laboral de su época. En 1974, participó como asistente voluntario en una clínica para personas con problemas de drogadicción “Free Clinic” en Nueva York, donde observó que en un periodo de tiempo determinado (entre uno y tres años), las personas presentaban una disminución de energía y falta de interés por su trabajo hasta llegar a un nivel de aburrimiento y agotamiento que les provocaba problemas en su vida diaria, en sus centros de trabajo y en sus relaciones personales (Freudenberger, 1974).

Durante esta época, Freudenberger y sus colegas se refieren con el término de burnout a los efectos que tenían los pacientes con un consumo crónico de sustancias tóxicas que los hacían parecer estar “quemados” o “consumidos”, por lo que decidió retomar la palabra para referirse a todas aquellas personas que presentaban un estado de fatiga o frustración originado por la dedicación a una labor que no producía el resultado esperado, motivo por el cual, refieren que las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer este síndrome, ello derivado de una presión interna y externa para trabajar y ayudar a los demás, aunque en muchas ocasiones sea de forma excesiva y poco realista (Freudenberger, 1974).

Posteriormente, Christina Maslach, psicóloga social estadounidense considerada entre los pioneros en el estudio del síndrome de burnout, y autora del instrumento más usado para la investigación de este fenómeno social, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), define el padecimiento como “un estrés crónico por el contacto con los clientes, que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional hacia éstos” (Maslach, 1976).

Christina Maslach y sus colaboradores realizaron en 1976 un trabajo sobre burnout entrevistando a 200 profesionales del sector servicios, dentro de los cuales se encontraban abogados, enfermeras, médicos, trabajadoras sociales, psicólogos, psiquiatras entre otros, del cuál dedujo que el burnout ocasiona un efecto moral negativo en los empleados propiciando ausentismo laboral y abandono del trabajo. Durante esta investigación los resultados mostraron que quienes prestaban servicios sociales se enfrentaban a un nivel de estrés propio de su actividad distanciándose de las personas a quienes debían atender, y creando un ambiente negativo tanto para el trabajador como para sus clientes.

Años después (1981), Maslach y Jackson definen el burnout como: “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede

ocurrir entre individuos que trabajan con personas”; el cual consideran que es causado como un mecanismo de defensa a la exposición prolongada del estrés laboral, lo que conlleva a que el trabajador se sienta emocionalmente cansado, y desarrolle sentimientos negativos hacia los individuos con quienes trabaja y hacia el lugar donde labora, dañando así, la visión del trabajador respecto a su rol profesional, enfrentándolo a un proceso de devaluación de su actividad profesional. Durante esta investigación ambas autoras concluyeron que el burnout está conformado por 3 diferentes dimensiones:

1. Agotamiento emocional: caracterizada por pérdida de energía, fatiga, los cuáles conforman el sentimiento de desgaste.
2. Despersonalización: en ella el afectado presenta irritabilidad constante en su centro de trabajo junto con la pérdida de motivación para la realización de sus tareas, desarrollando aptitudes negativas hacia los demás.
3. Poca realización personal: caracterizada por una baja autoestima, baja moral, baja productividad laboral, incapacidad para sobrellevar el estrés, así como una negativa hacia sí mismo y su trabajo.

El resultado de esta investigación es la creación de un instrumento que hasta nuestros días es el más aceptado a nivel mundial para el diagnóstico del síndrome de burnout: el *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986).

Otros investigadores (Edelwich y Brodsky, 1980) difirieron de la concepción tridimensional propuesta por Christina Maslach y Susan E. Jackson; quienes proponen que el burnout es “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”, por lo que ellos describieron cuatro fases de este trastorno:

1. Fase de entusiasmo: con altas expectativas profesionales poco realistas.
2. Fase de estancamiento: en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y clientes, y en donde es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados
3. Fase de frustración: en la que el trabajador se cuestiona el valor de sí mismo y de las actividades que desempeña, además, las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que inician en etapas anteriores son más que evidentes.
4. Fase de apatía o indiferencia hacia el trabajo: caracterizada por resignación por parte del empleado ante la imposibilidad de cambiar sus condiciones.

Por otra parte, Pines en 1988 también discrepa de la concepción tridimensional del burnout, definiéndolo como un síndrome unidimensional caracterizado por un estado de agotamiento físico, mental y emocional, causado por un largo periodo involucrado en situaciones emocionales de alta demanda que puede aparecer en cualquier ámbito, no solo laboral (Pines & Kafry, 2007).

Para 1998, Leiter y Maslach describen la secuencia de factores que desencadenan el síndrome de burnout, los cuales parten del desarrollo de sentimientos de agotamiento emocional en el trabajador que paulatinamente genera una actitud despersonalizada hacia las personas que atiende, y que finalmente lo llevan a perder el compromiso y a disminuir la realización personal en el trabajo (Maslach & Leiter, 1997; Leiter & Harvie, 1998).

Por otra parte, en 1999 Mingote y Pérez definen al síndrome de burnout como:

"La consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el

trabajo con personas, mismo que produce un desequilibrio prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto entre unas excesivas demandas laborales, que exigen un esfuerzo crónico, y unos limitados recursos de afrontamiento” (Mingote, 1999).

En ese mismo año (1999), Gil Monte y José Peiró, explicaron el burnout como una respuesta al estrés laboral percibido que surge de un proceso de reevaluación cognitiva cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son suficientes para reducir esta percepción. Esta respuesta supone una variable entre el estrés percibido y sus consecuencias. La actitud de despersonalización que sigue, se considera una estrategia de afrontamiento por los empleados ante la experiencia crónica de baja realización personal y agotamiento emocional.

Posteriormente, Farber (2000), describe al burnout como un efecto secundario de las condiciones laborales actuales, y refirió que, este problema se debe a la alta competencia a la que están sometidas las empresas por aumentar producción en el menor tiempo y costo posible. A partir de esta visión, señala cuatro variables causales del síndrome de burnout: a) La presión de satisfacer las demandas de otros, b) La intensa competitividad, c) El deseo de obtener más dinero y d) La sensación de ser despojado de algo que se merece.

En un estudio realizado en personal médico y de enfermería del Hospital “Juan Ramón Gómez”, en Argentina, se reportó que dos terceras partes de éstos presentaban el síndrome de burnout, mientras que el 33% presentó agotamiento personal, 18% despersonalización y 35% baja realización personal, lo que afectaba negativamente los servicios brindados a los pacientes que se quejaban de un trato deshumanizado y apático por parte de éstos (Reyes, Soloaga, Quintana & Dos Santos, 2007).

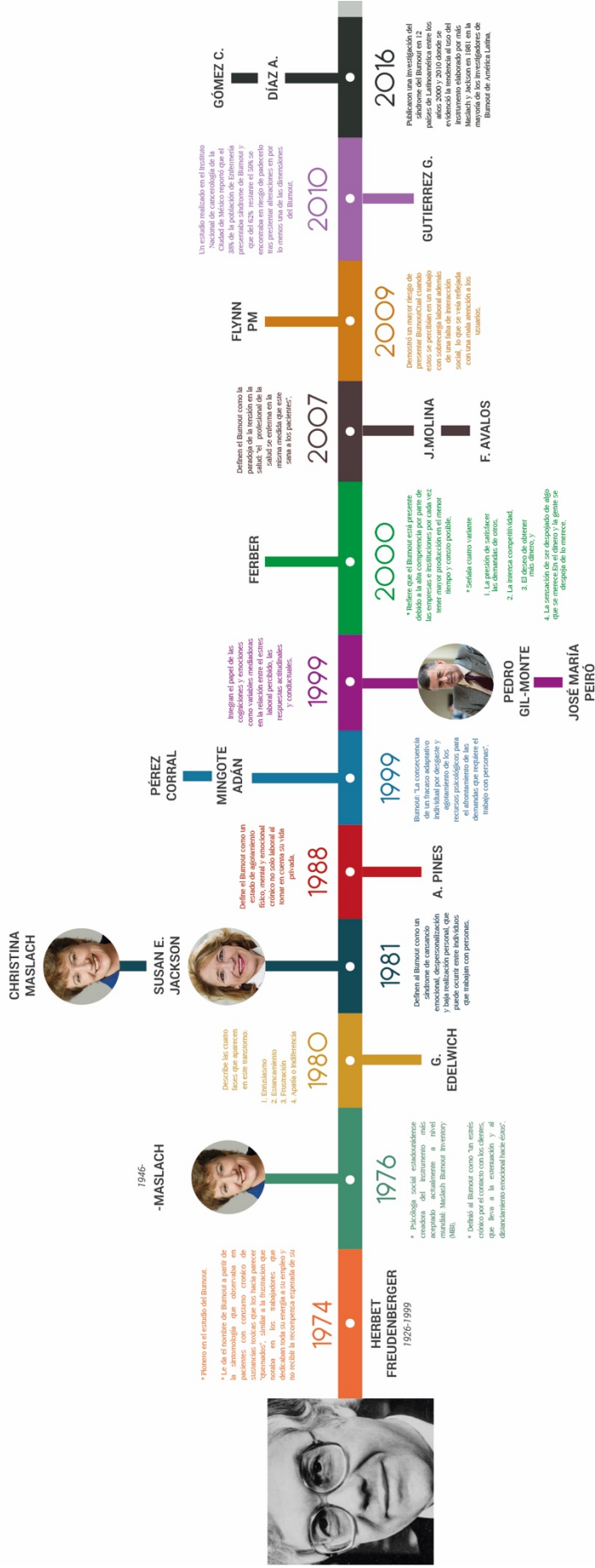
En México, en el año 2010, un estudio realizado con enfermeras del Instituto Nacional de Cancerología de la actual Ciudad de México, reportó que el 38% de la población estudiada presentaba el síndrome de burnout, y que más del 50% del



personal que en ese momento no lo padecía ya manifestaban algunos de los síntomas que lo conforman (Gutiérrez & Pedraza, 2010).

Por otro lado, en el año 2016, una revisión sistemática de 89 estudios relacionados con burnout en Latinoamérica cuyo objetivo fue crear un panorama de la visión de esta problemática y la tendencia metodológica utilizada en esta región para el diagnóstico del padecimiento, observó una tendencia del uso de los planteamientos conceptuales y el instrumento elaborado por Maslach y Jackson en 1981 para la mayoría de los casos, dejando ver que los investigadores latinoamericanos le dan crédito al *Maslach Burnout Inventory* y le consideran un medio determinante para su diagnóstico (Díaz & Gómez, 2016).

## Imagen 1. Línea del tiempo del concepto de Burnout



Fuente: Elaboración propia

## **Causas del burnout**

Es difícil establecer un grupo único de factores negativos para presentar este trastorno, sin embargo, diversas investigaciones (Dickinson, Fernández & Hernández, 2008; Martínez, 2010; González & Pérez, 2012) han encontrado algunos factores promotores del síndrome de burnout que merecen especial atención. Investigaciones que concuerdan en que el principal factor de riesgo para el desarrollo de burnout es laborar en el sector servicios que vinculan al trabajador directamente con los clientes dándose principalmente en docentes, enfermeras y médicos, lo cual no excluye a trabajadores con actividades de algún sector económico diferente (Maslach, 1981).

Este trastorno se desarrolla cuando el trabajador se somete a condiciones negativas (referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración), o éstas se encuentran en el centro de trabajo, ambas condicionantes en situaciones de exceso de tareas, desvalorización del puesto o de la actividad realizada, confusión entre las expectativas y las prioridades, falta de seguridad laboral, así como exceso de compromiso en relación con las responsabilidades del trabajo, se confabulan y pueden llegar a generar el síndrome de *burnout* (Albee, 2000).

A nivel cognitivo, se pueden distinguir las siguientes variables:

- Factores en el centro de trabajo que dificultan la realización del mismo sin que la persona pueda hacer algo para contrarrestarlo.
- La diferencia entre los objetivos y valores del trabajador con los de la empresa. Si esos objetivos no se alcanzan generan sentimientos de frustración.
- Falsas expectativas del trabajador no cumplidas en su actuar laboral.
- Bajos niveles de desafío, autonomía, control y retroalimentación sobre resultados, así como falta de apoyo social de compañeros.

### **3. CAPÍTULO III. DAÑOS A LA SALUD MENTAL**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud mental como “el estado de bienestar que un individuo experimenta como resultado del buen funcionamiento consciente de sus capacidades cognitivas, afectivas y conductuales que le permite enfrentarse a las exigencias normales de la vida, permitiéndole el desarrollo óptimo de sus capacidades individuales para la convivencia armónica, el desarrollo del trabajo de manera productiva y fructífera, y la recreación” (como se citó en González, 2012).

Existen diferentes determinantes de la salud mental como los factores biológicos, psicológicos, familiares, económicos y medioambientales, pero cuando existe un ambiente que le permite al individuo sentimientos de satisfacción y autorrealización, permitirá el desarrollo pleno y armónico de sus potencialidades personales, incrementando de esta forma su salud mental de manera positiva. Existen estudios que demuestran que la salud mental está estrechamente relacionada con la salud física en las personas, por lo que una salud mental sana promoverá una salud física positiva de manera importante (Uribe, 2016).

Derivado del desarrollo global constante en todas las esferas sociales y de la presión social por conseguir o mantener un estatus social, la incidencia de los trastornos mentales ha ido incrementando, así como sus consecuencias: pérdidas en los sistemas de salud, sociales, económicos y educativos, además de ir acompañados de discriminación, violación de los derechos humanos y afectación a la dignidad de las personas que los padecen (González, 2012).

El trabajo al ser una actividad en la cual el hombre desarrolla sus capacidades físicas y mentales logrando crear un medio para satisfacer sus necesidades y las de su familia puede considerarse una actividad que promueve una buena la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, siempre y cuando éste permita el desarrollo óptimo de las capacidades cognitivas, afectivas y conductuales de los

trabajadores (Martínez, Oviedo & Luna, 2013). Desafortunadamente, las condiciones laborales actuales han cambiado este panorama; la flexibilidad laboral, el tipo de contratación, el trabajo a destajo, los turnos nocturnos o en horarios incompatibles para las necesidades personales son algunas de las demandas que han convertido al trabajo en uno de los ambientes más nocivos para la salud física y mental de los trabajadores, generando un incremento en la incidencia de importantes problemas físicos y mentales entre los mismos (Uribe, 2016).

A continuación se detallarán algunos padecimientos mentales derivados de condiciones negativas dentro del ambiente laboral, ya sean derivados de la actividad misma del trabajo o del ambiente en que se desarrollan.

### **3.1. Trastorno del sueño**

El sueño es un proceso biológico regenerador esencial presente en los seres humanos en el que existe una disminución casi total del estado de percepción, permaneciendo activas solo algunas neuronas que realizan funciones diferentes a las que se realizan estando despiertos (vigilia) y que son fundamentales para el organismo como la regulación de la temperatura corporal, secreción de neurotransmisores específicos, consolidación de la memoria a corto y largo plazo, secreción de la hormona del crecimiento y fortalecimiento del sistema inmunológico entre otras, lo que contribuye a mantener un estado de bienestar físico y mental en todo individuo (Carrillo, Barajas, Sánchez & Rangel, 2018).

En los seres humanos los ritmos biológicos se ajustan a un ciclo de sueño-vigilia llamado ciclo circadiano, que corresponde a mantenerse despierto alrededor de 16 horas durante el día y dormir alrededor de 8 horas todos los días de manera continua; ciclo que depende de un centro de regulación llamado núcleo supraquiasmático (NSQ) presente en la glándula hipotalámica cerebral que posee un mecanismo interno de tiempo y que funciona como un reloj o marcapaso que es configurado y regulado por medio de los ciclos naturales de luz y oscuridad (Carrillo, Ramírez & Magaña, 2013).

La luz natural (solar) activa el NSQ que es el encargado de activar y sincronizar las funciones del organismo de acuerdo a los cambios de temperatura y luz que el movimiento de rotación ejerce sobre la tierra, posteriormente, al disminuir la luz natural y oscurecerse el medio ambiente también disminuye el estímulo del NSQ y aumenta la producción de melatonina que es una hormona cuya función principal es estimular el sueño para facilitar la recuperación orgánica y poder mantener el organismo en equilibrio hasta el inicio del nuevo ciclo con la presencia de nuevo de la luz solar (Carrillo, Ramírez & Magaña, 2013).

Hernández & Santiago (2010), refieren que existe en el ser humano “genes circadianos” encargados de alternar periodos de descanso del organismo mediante la estimulación del sueño y periodos de actividad durante la vigilia, esto con el fin de mantener un equilibrio físico y mental del ser humano. La pérdida de sincronía del ciclo circadiano repercute directamente en la producción de melatonina y consecuentemente en la regulación del ciclo sueño-vigilia, manifestándose en las personas como una reducción de la capacidad para dormir (insomnio) y un estado intermedio entre el sueño y la vigilia en la que hay la sensación de cansancio, pesadez, con los sentidos disminuidos pero sin lograr quedarse dormido (somnolencia), que al permanecer presentes por tiempo prolongado (más de un mes) son considerados como “trastorno del sueño”, mismo que al condicionar o privar el sueño, será causal de diversas enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, entre otras (Serra, 2013).

Actualmente, el trastorno del sueño por alteración del ritmo circadiano es un padecimiento muy común en los trabajadores, las condiciones laborales actuales caracterizadas por una alta demanda de producción y de resultados ha generado que las personas tengan que trabajar en turnos más extensos o fuera de lo habitual como rotación de turnos, turnos nocturnos, dobles y guardias entre otros, lo que ha expuesto a esta población al desarrollo de este trastorno (Tellez & cols, 2015).

Uno de estos trabajadores es el médico. Gran parte de éste personal realiza guardias de hasta 36 horas continuas de trabajo (consulta ordinaria, guardia y consulta tras la guardia), tiempo en que en ocasiones es imposible tener tan sólo un momento de descanso por la gran cantidad de pacientes que atiende, además de tener que atender sus responsabilidades familiares, académicas y personales, lo que imposibilita que pueda cumplir las 8 horas necesarias para mantener un equilibrio del ciclo circadiano, haciéndolo personal expuesto a desarrollar trastorno del sueño y las diversas enfermedades derivadas de éste (Rodríguez & cols, 2008).

### **3.2. Cefalea tensional**

El término cefalea hace mención a molestias o dolor en la cabeza, siendo más específicos en cualquier área ubicada por encima de los ojos y oídos, la cuál, constituye uno de los motivos más frecuentes de visita al médico en la actualidad por lo que su prevalencia es elevada con importantes repercusiones físicas, laborales y socioeconómicas de la misma (Volcy, 2008).

El Comité de Clasificación de la Cefalea de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS por sus siglas en inglés) en su tercera edición de la clasificación internacional de las cefaleas en el año 2013, menciona tres tipos: a) Cefaleas Primarias: suponen cerca del 80% de las cefaleas, las cuáles no son graves, pero sus molestias pueden ser muy intensas y prolongadas, b) Cefaleas Secundarias: Son aquellas provocadas como efecto secundario de alguna otra enfermedad ya diagnosticada, y c) Neuropatías Craneales Dolorosas: derivadas de alguna lesión o enfermedad directa en el sistema nervioso central (Volcy, 2008).

La cefalea de tipo tensional pertenece al grupo de las cefaleas primarias y es aquella de intensidad leve a moderada de tipo opresiva que no empeora con la actividad física ni la impide, además que nunca esta relacionada con síntomas característicos de la migraña como lo son el vómito y el aumento de las molestias con la luz y el sonido. La IHS clasifica la cefalea tensional en tres tipos de acuerdo a la frecuencia de aparición en la persona: a) Infrecuente: menos de 1 día al mes o menos de 12

días al año, b) Frecuente: más de 1 día al mes, pero menos de 15, o más de 12 días al año y menos de 180, y c) Crónica: más de 15 días al mes, o más de 180 días al año (Volcy, 2008).

La cefalea de tipo tensional se manifiesta cuando la musculatura presente en cuello y cuero cabelludo tienden a contraerse o tensionarse como respuesta a actividades que obliguen mantener en una sola posición la cabeza durante tiempos prolongados, traumatismos y periodos de estrés, ansiedad y depresión. En la actualidad, las condiciones laborales en los centros de trabajo suponen uno de los factores principales para el desarrollo de la cefalea tensional, esto derivado de la presencia de condiciones dentro del puesto de trabajo como ruido intenso, temperaturas extremas, malas posturas, lesiones cervicales, vista cansada y de las exigencias emocionales como el estrés que se puede originar en el desarrollo de la tarea misma, el entorno laboral en el que se desarrolle o la tensión acumulada por una excesiva presión que se ejerza sobre el trabajador (Vicente & cols, 2014).

La cefalea tensional dentro de los centros de trabajo, además de significar un malestar constante para el trabajador representa un mayor riesgo de accidentabilidad al interferir en el desempeño de forma adecuada al realizar sus tareas, por lo que es importante identificar aquellos riesgos y exigencias que demanden en el trabajador el riesgo a desarrollarla e intervenir con las medidas necesarias para eliminar esas condicionantes (Vicente & cols, 2014).

### **3.3. Estrés**

El término estrés proviene de la física y la arquitectura y se refiere a la fuerza que se aplica sobre un objeto que puede deformarlo o romperlo. El fisiólogo canadiense Hans Selye (1956) trasladó el término al campo de la Psicología utilizando dos terminos diferentes derivados del mismo para tener una doble valoración y una mejor explicación en la actividad humana: eustrés y distrés (Peiró, 2009; Rodríguez, Zarco & González, 2009).



Peiró (2009), refiere el término eustrés a las situaciones donde existe una tensión emocional que tiene efectos y repercusiones positivas, ya que produce una estimulación y activación adecuada en las personas, permitiéndoles lograr efectos satisfactorios en sus actividades personales. Por otra parte, refiere al distrés como una tensión emocional en las personas durante situaciones y experiencias personales desagradables, las cuáles podrían tener consecuencias negativas para la salud del individuo al ser resultado de un déficit de recursos y estrategias para afrontar la demanda en ciertas situaciones. Es importante mencionar que el término de estrés usado actualmente se refiere concretamente al término de distrés antes mencionado (Peiró, 2009; Rodríguez, Zarco & González, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”, reacciones que superan los recursos disponibles por el individuo, ya sea de forma positiva o negativa (como lo cita Leka, Griffiths & Cox, 2004). Peiró (2009), Rodríguez, Zarco & González (2009), mencionan que el estrés genera múltiples repercusiones de importancia en la investigación del estrés laboral, señalando que un nivel de distrés mínimo debe estar presente en los trabajadores que les permita un mejor estado de alerta para responder satisfactoriamente a sus actividades laborales. Sin embargo, aquello que eleva ese nivel de distrés o lo desarrolla durante toda la jornada y por tiempo prolongado, puede desarrollar efectos negativos en su salud física y mental, disminuyendo así su calidad de vida y de quienes les rodean.

El estrés en el trabajador, es la principal respuesta cuando las demandas laborales (riesgos y exigencias) sobrepasan sus capacidades físicas y mentales, mismo que no afecta por igual a todos los trabajadores pues depende mucho de las capacidades individuales y los mecanismos de defensa que tenga cada trabajador para enfrentar cada situación específica dentro de su trabajo. Si el periodo de exposición al estrés no es continuo o es por periodos cortos de tiempo puede manifestarse como irritabilidad, dificultad para concentrarse o tabaquismo entre otros; pero cuando el estrés se mantiene continuamente o por periodos prolongados

de tiempo puede ser generador de diversas enfermedades físicas (infartos cardiacos, trastornos musculoesqueléticos, hipertensión, úlcera gástrica, etc.) y mentales (ansiedad, depresión, estrés, síndrome de burnout, cefalea tensional, trastornos del sueño, violencia, etc.) que pueden llegar a generar una incapacidad temporal o permanente en el trabajador (Vieco & Abello, 2014).

### **3.4. Depresión**

En la actualidad, la depresión se ha convertido en un problema potencial de salud pública, llegando a convertirse en la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, sin embargo, el que más tiende a pasar desapercibido, reflejándose en un mal funcionamiento a nivel personal, social y consecuentemente a nivel laboral del individuo que la presenta pudiendo desarrollar una discapacidad social y una pérdida de productividad (Ferrari & cols; 2013).

El ánimo triste no es parte de la personalidad de las personas, y muestra el declive de la actitud de quien lo padece. La depresión se manifiesta a través de tristeza patológica, la apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sentimientos de malestar e impotencia ante la vida, y al poco tiempo aparecen síntomas cognitivos y somáticos como la disminución o incluso pérdida de la memoria, atención y concentración, así como dificultad en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones, condiciones que tienen un impacto por de más negativo en la vida cotidiana de quien la padece (Goncalves, González & Vázquez, 2008).

La depresión suele darse entre personas de cualquier edad, aunque el promedio de quienes la padecen oscila entre los 15 y 45 años, siendo los jóvenes los que presentan más cambios en sus comportamientos. La depresión no sólo produce un sufrimiento a nivel personal y familiar, además tiene repercusiones a nivel social como un mayor uso de los programas sociales y de los servicios de salud, así como una pérdida de productividad como resultado del absentismo laboral (Greenberg, Stiglin, Finkelstein & Berndt, 1993).

Abordar la depresión en la población económicamente activa significa un tema determinante para el mercado laboral y las políticas sociales. En México, a pesar de ser poco estudiada, existen datos recientes que informan una prevalencia de 32.6% de esta patología en la población trabajadora, significando la principal causa de pérdida de años de vida laboral por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (González & cols; 2007). Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión en la población mexicana están el pertenecer al género femenino, tener un nivel socioeconómico bajo, encontrarse desempleado, padecer aislamiento social y vivir experiencias de inseguridad y violencia, condiciones presentes en la mayoría de la población (Breslau, 2009).

Se calcula que la pérdida de la productividad laboral por depresión puede atribuirse a una ejecución errónea del trabajo más que a la ausencia del mismo en un 80% de los casos, lo que demuestra que se han minimizado los efectos cognitivos de la depresión que juegan un papel importante en la forma de realizar las funciones laborales como la memoria, el pensamiento abstracto y la capacidad de planear una tarea, esenciales para un desarrollo óptimo laboral (Wagner & cols; 2012).

### **3.4.1. Factores de riesgo**

Determinar las causales que desencadenan la depresión en las personas tiene sus limitantes, más si se parte del hecho de que hay componentes que la causan y otros que la mantienen, todos ellos se pueden dividir en: factores personales, sociales, cognitivos familiares y genéticos (Goncalves et al, 2008).

Entre los factores personales que desencadenan la depresión están las enfermedades crónicas físicas y mentales, así como el consumo de alcohol y otros psicoactivos; es 50% más alta en mujeres que en hombres, de manera que ellas tienen mayor posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos cotidianos. El estado civil también puede desencadenar estrés crónico y generarla, lo mismo que la exposición a problemas constantes (American Psychiatric Association, 2014).

Entre los factores sociales para el desarrollo de la depresión están por una parte los escasos recursos económicos, las condiciones laborales negativas y la falta de empleo. De hecho, las personas de estratos socioeconómicos y ocupacionales desfavorecidos presentan índices más altos de depresión que quienes tienen mayores ingresos económicos por su trabajo. Por otra parte, los factores cognitivos operan bajo el modelo de Beck donde hay pensamientos negativos, disposiciones cognitivas y respuestas automáticas negativas que forman parte del procesamiento de la información de un individuo (Goncalves et al, 2008).

La genética también está involucrada en la preservación de la depresión, pues los descendientes de personas con este padecimiento constituyen un grupo de riesgo para enfermedades somáticas y trastornos mentales. Estudios realizados en personas con este trastorno han demostrado por medio de una resonancia magnética que su cerebro tiene un aspecto diferente a aquellos que no la padecen. Esto como consecuencia de un desequilibrio importante de neurotransmisores y otras sustancias cerebrales encargadas del comportamiento, pensamiento y regulación del ánimo (Alberdi, Taboada, Castro & Vázquez, 2006).

#### **3.4.2. Diagnóstico de depresión**

Muchos casos de depresión no son fácilmente diagnosticados en la práctica médica porque pueden estar asociados a otros padecimientos y enfermedades orgánicas, así como por el consumo de alcohol y otras sustancias. En personas con enfermedades físicas crónicas, se tiende a exacerbar la depresión, aunque no todos se deprimen por tales circunstancias. Su diagnóstico parte del deterioro de la apariencia, movimientos lentos, bajo tono de voz, facies tristes, llanto espontáneo, disminución de la atención, ideas pesimistas, hipocondría, alteraciones de sueño, todo lo cual tiende a deteriorar las funciones sociales y funcionales de la persona cuando persisten y se prolongan (Goncalves, González & Vázquez, 2008).

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE), y la American Psychiatric Association (APA), crearon los criterios de diagnóstico de depresión más usados en la actualidad. La CIE consideró que episodios de este tipo deben tener una duración mínima de dos semanas en los que se manifiesten al menos dos de los tres síntomas típicos: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar o aumento de la fatigabilidad (Goncalves et al, 2008). Por otra parte, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) estableció en su clasificación para el diagnóstico de “trastorno del estado depresivo” el siguiente grupo de síntomas: ánimo depresivo, anhedonia (disminución del interés por las actividades en la mayor parte del día), alteraciones del sueño, cambios en el apetito con aumento o pérdida de peso de manera involuntaria, pérdida de la energía, exaltación o disminución de la actividad psicomotora, falta de la concentración, sentimientos de culpa o inutilidad e ideas suicidas. Para establecer un diagnóstico de depresión menor deben estar presentes de 2 a 4 síntomas por lo menos durante dos semanas, y 5 o más por el mismo periodo de tiempo como mínimo para diagnosticar un trastorno depresivo mayor (American Psychiatric Association, 2014).

### **3.5. Ansiedad**

Montelongo, Lara, Morales & Villaseñor (2005), definieron la ansiedad como “un sentimiento desagradable de temor, que se percibe como señal de alerta ante un posible peligro; se distingue del miedo ya que éste reconoce una amenaza concreta y definida”.

A diferencia de la depresión, la ansiedad es un mecanismo que mantiene a las personas alerta; una ansiedad moderada puede mejorar la concentración; el problema ocurre cuando el sistema de respuesta ante ella se desborda y es desproporcionada en relación con la situación. En este caso, el sujeto se siente en un estado extremo de indefensión que produce el deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico (Montelongo & cols, 2005). Por sí misma, la ansiedad no es una enfermedad; incluso en menor medida es indispensable para el manejo de las

exigencias cotidianas.No obstante, cuando se da con frecuencia y a través de episodios intensos o supera la capacidad adaptativa de las personas generan trastornos que se convierten en patología cuyos efectos transgreden los planos físicos, psicológicos y conductuales.

Así pues, el trastorno de ansiedad es una enfermedad caracterizada por la preocupación, miedo, tensión excesiva, que deteriora la actividad del sujeto; derivan del ambiente, la sociedad (estrés, problemas familiares y en el trabajo, experiencias desagradables y preocupaciones excesivas) y de factores biológicos (alteraciones en los sistemas biológicos del cerebro), uso y retirada de medicinas, drogas, alcohol, sedantes y predisposición genética, que se manifiestan a través de la inquietud o impaciencia, fatiga crónica, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (Montelongo et al, 2005).

Igual que con la depresión, hay dos instrumentos que ayudan a determinar si una persona puede ser diagnosticada con un trastorno de ansiedad normal o patológico, el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y la CIE (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la OMS), los cuales, definen el trastorno de ansiedad como una preocupación constante, en exceso y de manera persistente (seis meses) en el que los pacientes tienen pensamientos con una carga afectiva negativa.

La ansiedad patológica consta de los mismos síntomas, pero se manifiesta permanentemente a lo largo de toda la vida, deteriorando áreas importantes de la vida del individuo que la padece. Es importante que los profesionales de la salud tomen en cuenta durante el diagnóstico que tales alteraciones no deriven del consumo de estupefacientes o enfermedades médicas (Montelongo et al, 2005).

El ambiente laboral es un sitio donde comúnmente los individuos desarrollan ansiedad de acuerdo a sus niveles de adaptación a los riesgos y exigencias que este les demanda, de acuerdo a sus niveles de adaptación la ansiedad dentro del

área laboral puede considerarse de dos tipos: normal llamada eutrés y anormal llamada distrés. El eutrés es aquel que presentan los trabajadores derivados de las actividades diarias comunes que les permite enfrentar las dificultades o tareas complicadas permitiéndoles desarrollar sus capacidades como seres humanos siempre y cuando exista una adaptación a la tarea que se está realizando. Por otro lado el distrés es derivado de una mala adaptación a las exigencias laborales, ya sea por una sobrecarga de exigencias externas que es lo más común, o por una sobrecarga interna propiciada en muchos casos por el mismo individuo.

El distrés laboral es consecuencia de diversas enfermedades, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), se define al distrés laboral como un trastorno adaptativo que se caracteriza por la presencia de síntomas de comportamiento o emocionales como respuesta a un estresante dentro del área laboral manifestándose con fobia, obsesión, pánico y depresión además pudiendo ser el origen de otras enfermedades asociadas como las digestivas y dermatológicas. Es importante señalar que cuando están presentes los síntomas seis meses después de haber dejado parcial o definitivamente de laborar se considera una ansiedad crónica, condición importante describir por la responsabilidad que pudiese tener el centro de trabajo aún tiempo después de haber dejado de laborar en el mismo.

### **3.5.1. Depresión y ansiedad en médicos**

En la actualidad, el mundo globalizado en el cual se desenvuelven los profesionales de la salud caracterizado por ser un medio estresante, los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión tienen un fuerte impacto sobre sus vidas (Jiménez, Arenas & Ángeles, 2015). De acuerdo con la OMS (Rentería, 2018), la depresión es una enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, también es considerada la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, la cual es más común en la mujer en una relación de 3 a 1 con respecto al género masculino.

De acuerdo con Jiménez & cols (2015), la expresión de la personalidad está determinada por el estado de ánimo de las personas y cuando éstas experimentan niveles desbordados de sentimientos, se manifiestan como una aflicción emocional desarrollando diferentes trastornos mentales como ansiedad y depresión, dependiendo el estado de ánimo que se esté presentando.

Dentro del sector salud, los médicos son una población con un sistema educativo y laboral donde existen múltiples condiciones que pueden afectar su estado de ánimo y de personalidad llevándolos en ocasiones al desarrollo de diferentes trastornos mentales (Jiménez & cols, 2015).

En México, la profesión médica se caracteriza por estar en un entorno complejo lleno de exigencias como el exceso de trabajo rígido y repetitivo, con escasas horas de sueño y de descanso, donde la identidad del profesional de la salud va modificando su ambiente y salud como persona al confrontar día a día abuso, hostigamiento y maltrato por parte de sus superiores formando así su personalidad aunque en ocasiones disminuya su confianza, lo que los lleva a desarrollar un proceso adaptativo para sobrellevar estas condiciones, modificando su perspectiva y personalidad, afectando su desarrollo personal, profesional, así como su desempeño laboral (Mascarúa, Vázquez & Córdova, 2014).

Desgraciadamente, este proceso adaptativo no siempre puede llevarse a cabo de manera satisfactoria, llevando así a estos profesionales al desarrollo de trastornos del estado de ánimo y problemas mentales más complejos. Prueba de esta condición, es que el sector médico representa una prevalencia de depresión de 14%, la cual es mayor que la población general (Mascarúa, Vázquez & Córdova, 2014).

### **3.6. Burnout en médicos**

En el año 2009, Molina y colaboradores definieron el síndrome de burnout como la paradoja de la atención en salud: “el profesional se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes”, inclusive Molina, Avalos, Valderrama & Uribe (2009),



han demostrado que las tasas de trastornos depresivos, alcoholismo, adicción a drogas y suicidio son superiores en personal médico que en la población en general.

El impacto de la “cultura médica” es otra variable de la salud mental de estos profesionales con el mantenimiento de situaciones de estrés y el consiguiente riesgo de desgaste profesional. La cultura médica puede implicar pautas perfeccionistas y de adicción al trabajo como normas rectoras de la rutina diaria e influir en los procesos de aprendizaje de los médicos, de forma que conlleve la generalización de mecanismos de defensa que dificultan la petición de ayuda a los demás de estos profesionales (Flores, 2002).

Existen diversas condiciones laborales en el gremio médico que pudiesen crear un ambiente negativo propicio para el desarrollo de burnout (Colín, González & Velásquez, 2013), dentro de las condiciones más comunes se encuentran:

- Presión asistencial derivada de la excesiva carga de trabajo.
- La presión social que ejerce la profesión médica.
- Relación negativa médico-paciente y con sus familiares.
- Exposición a situaciones donde el médico no puede mostrar sentimientos.
- La responsabilidad sobre la salud de otros que a veces no es reconocida.
- El contacto diario con la muerte y el dolor.
- Falta de recursos básicos para realizar adecuadamente su trabajo.
- Jornadas laborales extensas y turnos nocturnos.
- Incertidumbre en su situación laboral (empleados de honorarios).

Al estar expuestos de manera crónica a todas ellas, generan el desarrollo de burnout o síndrome de desgaste profesional, el cuál presenta una alta prevalencia dentro de este sector que incrementa día a día de igual manera que las pretensiones laborales hacia los mismos; de hecho, en los últimos años su crecimiento ha sido tal que ya se considera como un problema de salud a nivel mundial en este gremio.

## **4. CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño metodológico**

Se realizó una investigación cuantitativa con un diseño transversal, descriptivo y analítico bivariado, que se desarrolló durante el segundo semestre del año 2017.

### **4.2. Población y tamaño de la muestra**

Actualmente, existe un total de 420 médicos legistas y forenses pertenecientes al Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México que laboran en las diferentes coordinaciones territoriales de la ciudad (agencias del Ministerio Público, juez cívico, salas de juicios orales, sedes judiciales de la Procuraduría General de Justicia, fiscalías especializadas de antisequestro, homicidios, delitos del adolescente y trata de personas, así como hospitales de la Ciudad de México que cuenten con el servicio de medicina legal). Se consideró un poder estadístico del 95% y una prevalencia del 30%, con el programa Stat Calc de Epi Info se obtuvo un cálculo de muestra necesaria de 182 participantes, para lo cual se realizó un muestreo no probabilístico intencional o de conveniencia en función del fácil acceso de la misma para la investigación, sin embargo, sólo se obtuvieron 146 participantes dentro de la muestra de estudio.

### **4.3. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

**Criterios de inclusión:** Las características que debieron cumplir los sujetos de observación para participar en el estudio fueron las siguientes:

- Médicos legistas forenses y médicos generales habilitados con funciones de médicos legistas del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México pertenecientes a la zona norte.
- Médicos que aceptaron participar en la investigación.

**Criterios de exclusión:** Las características que impidieron participar en la investigación como sujetos de observación fueron las siguientes:

- Médicos pertenecientes a jornadas de turnos especiales: domingos y días festivos (debido a la baja exposición en estas jornadas laborales)
- Médicos que no firmaron el consentimiento informado de la investigación o no mandaron su consentimiento por correo electrónico.

**Criterios de eliminación:** el criterio para eliminar a un sujeto ya estando en el estudio antes de que terminara su evaluación.

- Médicos que no contestaron las encuestas.

#### **4.4. Recolección de la información**

La información fue recabada en la Jefatura del Departamento de Medicina Legal de la Zona Norte, ubicada en la Delegación Cuauhtémoc de la Ciudad de México. La encuesta se entregó de manera física o digital de acuerdo a la facilidad de acceso a los médicos legistas y forenses del DML de la SEDESA de la CDMX para su autollenado.

#### **4.5. Instrumentos y procedimientos**

Para la realización de esta investigación se creó la encuesta individual “Condiciones de trabajo y salud mental” conformada por 4 instrumentos que buscan identificar las condiciones de vida y laborales de los médicos legistas, así como las repercusiones físicas y mentales de las mismas. A continuación, se mencionan las características y la forma de evaluar de cada instrumento.

#### **4.5.1. Encuesta del Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores (PROESSAT).**

Encuesta de autollenado que forma parte de los instrumentos de recolección de datos del Programa de Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores (Noriega & cols, 2001), está conformada por una serie de preguntas distribuidas en 5 apartados que tuvo como finalidad identificar los riesgos y exigencias a las que los trabajadores están sometidos dentro y fuera de su centro laboral, determinando como influye el proceso laboral en el perfil salud-enfermedad de los trabajadores (ver anexo B). Los apartados que la conformaron fueron los siguientes:

- Datos generales: conformado por 4 ítems.
- Calidad de vida: conformado por 23 ítems orientados al estado socioeconómico del entrevistado, así como sus actividades domésticas y diarias.
- Condiciones y valoración del trabajo: conformado por 17 ítems orientados a las condiciones laborales y si la actividad laboral le causa o no satisfacción.
- Riesgos y exigencias laborales: conformado por 36 ítems orientados a determinar los riesgos y exigencias a los que se encuentran expuestos los médicos legistas y forenses dentro de su área laboral.
- Daños a la salud: conformado por 5 ítems orientados para determinar el diagnóstico de cefalea tensional y trastorno del sueño. Para establecer el diagnóstico de cefalea tensional fue necesario tener respuestas positivas en los 2 ítems destinados a esta patología, por otro lado, para determinar el diagnóstico de trastorno del sueño fue necesario tener respuestas positivas en 2 de los 3 ítems correspondientes a este trastorno.

#### 4.5.2. Cuestionario Maslach de Burnout (MIB)

El MIB, validado por Gil-Monte (2002) en su versión al castellano, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones que gradúan la frecuencia con que el profesional experimenta sentimientos y actitudes hacia su trabajo y para quienes prestan sus servicios (ver anexo C). Sus respuestas están en escala tipo Likert con 7 posibles valores (0.-Nunca, 1.-Pocas veces al año, 2.-Una vez al mes o menos, 3.-Pocas veces al mes, 4.-Una vez por semana, 5.-Varias veces a la semana, 6.-Diariamente). explorando las 3 dimensiones que conforman el síndrome de burnout:

- a) Agotamiento emocional: consta de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), evalúa la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo; fue calificado de la siguiente manera:

Bajo	Menores a 19 pts.
Medio	Entre 19 y 26 pts.
Alto	Igual o mayor a 27 pts.

- b) Despersonalización: consta de 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22), evalúa el grado de actitudes de frialdad y distanciamiento; fue calificado de la siguiente manera:

Baja	Menores a 6 pts.
Media	Entre 6 y 9 pts.
Alta	Igual o mayor a 10 pts.

- c) Realización personal: consta de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo; fue calificado de la siguiente manera:

Baja	De 0 a 30 pts.
Media	Entre 31 y 39 pts.
Alta	Superior a 40 pts.

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia de burnout, puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal definen el síndrome de burnout (Maslach & Jackson, 1986).

#### **4.5.3. Encuesta de depresión, ansiedad y distrés (DASS-21)**

La encuesta DASS-21, validada por Antúñez y Vinet (2012) en latinoamérica, está constituida por 21 ítems en forma de afirmaciones que gradúan la frecuencia con que el encuestado experimenta sentimientos y actitudes orientados a tres dimensiones: depresión, ansiedad y distrés (ver anexo D); cada dimensión está conformada por 7 ítems con 4 opciones de respuesta tipo Likert: 0 – no sucedió, 1 – solo un poco, 2 – sucedió bastante, y 3 – sucedió mucho. Para determinar el diagnóstico se tomaron en cuenta como positivos todos aquellos valores por arriba del percentil 75. (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998). Los ítems de la encuesta que conforman cada dimensión son:

- Depresión: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21
- Ansiedad: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20.
- Distrés: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18.

#### **4.5.4. Inventario de violencia laboral (IVAPT-PANDO)**

El Inventario de violencia y acoso psicológico en el trabajo validado por Díaz y colaboradores (2015), es un instrumento que mide dos dimensiones de la violencia laboral (ver anexo E). Una es la presencia e intensidad de la violencia psicológica laboral referida a los comportamientos o prácticas organizacionales habituales en el lugar de trabajo que pueden afectar a todas las personas que trabajan en ese lugar, y otra dimensión es la referida al acoso psicológico en el lugar de trabajo, que da cuenta de la intencionalidad de esas mismas conductas sobre una persona o grupo con el objetivo deliberado de causar daño (Macía, 2008; Díaz, Cardarelli, Toro, Villarroel & Campos, 2015).

La encuesta presenta 25 situaciones diferentes, y cada una de ellas requiere de 2 respuestas: una se refiere a la frecuencia con que dicha situación le ha ocurrido personalmente en los últimos 6 meses en su actual trabajo (columna A), y la otra respuesta se refiere a si dicha situación le ha ocurrido a usted menos, igual, o más que a sus compañeros (columna B; ver anexo).

### **Cálculo e interpretación de los puntajes del inventario**

**a) Violencia en el trabajo:** Se obtuvo de dos calificaciones: la presencia de eventos de violencia y la intensidad de los mismos.

La presencia de eventos de violencia se obtuvo contando cuántas respuestas de las 25 posibles de la Columna (A) fueron diferentes a “Nunca” y “Casi nunca”. La presencia de violencia psicológica en el trabajador se consideró:

- Alta = 6 ó más ítems
- Media = entre 1 y 5 ítems positivos
- Nula = 0, ninguno de los reactivos positivos

La intensidad se cuantificó uniendo el número de conductas violentas presentes a la frecuencia con que cada una de estas conductas se dio, y se obtuvo otorgando a las respuestas dadas por el sujeto el siguiente puntaje:

- Muy frecuentemente = 4
- Frecuentemente = 3
- Algunas veces = 2
- Casi nunca = 1
- Nunca = 0

La intensidad de la violencia psicológica se consideró de la siguiente manera:

- Alta Intensidad = 51 ó más puntos.
- Mediana Intensidad = 26 a 50 puntos.
- Baja Intensidad = 1 a 25 puntos.
- Nula = 0 puntos.

**b) Acoso psicológico en el trabajo:** Se cuantificó a partir de las respuestas obtenidas en la segunda serie de opciones de cada ítem o reactivo: “Menos que mis compañeros”, “Igual que mis compañeros”, “Más que al resto de mis compañeros” (Columna B).

Se contabilizó solamente el número de veces que el trabajador contestó “Más que al resto de mis compañeros”, y se otorgó un punto por cada vez. Se anularon los casos que el trabajador contestó “Más que al resto de mis compañeros” y que la respuesta a la primera serie de opciones (Columna A) haya respondido “Nunca”, pues sería una situación incongruente.

La presencia del Acoso Psicológico en el trabajador se consideró:

- Nula o Baja = 0 a 3 puntos.
- Media = 4 a 8 puntos.
- Alta = 9 o más puntos.

La pregunta 24.a sobre “La(s) persona(s) que han sido la mayoría de las veces causante(s) de las situaciones mencionadas” se aplicó exclusivamente para determinar el “tipo de acoso psicológico” (descendente, horizontal o ascendente) en caso de existir.

- Descendente cuando los causantes son superiores
- Horizontal cuando proviene de los compañeros
- Ascendente cuando proviene de los subordinados



#### **4.6. Métodos de procesamiento de la información**

Se utilizó el software de análisis estadístico JMP 13 (2016) de SAS para la captura y procesamiento de la información; se realizó el análisis descriptivo y de asociación a partir del cálculo de razón de prevalencia y  $X^2$  (ji cuadrada), misma que fue ajustada por la presencia de variables confusoras como edad, sexo y grado académico.

#### **4.7. Consideraciones éticas**

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación de 1999 con base en los siguientes artículos:

**Artículo 13.**-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

**Artículo 17** (título II, Capítulo I).- **Investigación sin riesgo:** son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Se obtuvo un **consentimiento informado** para el instrumento de medición, ofreciendo garantías de confidencialidad de la información (ver anexo A).

## 5. CAPÍTULO V. RESULTADOS

Se presentarán los resultados en dos apartados: a) análisis descriptivo: información general de la recolección de las variables del estudio; y b) análisis de asociación: información a partir de pruebas de independencia bivariadas y la relación de estas con daños a la salud en nuestra población.

### 5.1. Estudio descriptivo

Se tuvo una muestra final conformada por 146 médicos, de la cual, el sexo femenino conformó un 52% de la muestra. La edad de éstos estuvo en un rango de 29 a 60 años, siendo 45 años la edad media para este grupo. Por otra parte, menos de la mitad de los médicos contó con un nivel escolar superior a la licenciatura (42%), el estado civil con pareja predominó con un 84%, el tener hijos con un 72%, y de éstos, la cuarta parte de la muestra tiene hijos menores de 5 años (27%), y una tercera parte (37%), tiene hijos mayores de 5 años, pero menores de 18, ver tabla 1.

**Tabla 1** Variables Sociodemográficas de los médicos legistas y forenses de la CDMX.

	<i>n</i>	%
<b>Edad:</b> (Rango 29-60)		
- 30-40 años	50	34
- 41-50 años	62	43
- Más de 50 años	34	23
	<b>Media:</b> 45 años	<b>DE:</b> 7.6 años
<b>Sexo</b>		
- Masculino	70	48
- Femenino	76	52
<b>Escolaridad</b>		
- Licenciatura	84	58
- Especialidad	59	40
- Posgrado	3	2
<b>Estado civil</b>		
- Con pareja	122	84
- Sin pareja	24	16
<b>Hijos</b>	105	72
<b>Hijos &lt;5 años</b>	40	27
<b>Hijos &lt;18 años</b>	54	37

n = población, DE= desviación estándar. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

Un aspecto importante a considerar en esta población son las variables de vida cotidiana y de tiempo libre, donde se constató que la mayoría de la muestra (87%) percibe insuficiente su salario para cubrir sus gastos básicos, lo que resulta congruente con que cerca del 70% de éstos cuente con un segundo empleo y que el 74% tengan aportaciones económicas de otras personas dentro de su hogar. A pesar de esta situación, más de la mitad (58%) cuenta con vehículo propio para transportarse a su sitio de trabajo, siendo el tiempo de traslado promedio de 30 a 60 minutos en un 53% de la muestra ver tabla 2.

**Tabla 2** Variables de vida cotidiana de los médicos legistas y forenses de la CDMX.

	n	%
<b>Salario suficiente</b>		
- Si	19	13
- No	127	87
<b>Otro empleo</b>	100	68
<b>Otras entradas económicas</b>	108	74
<b>Aportan al ingreso:</b>		
- Pareja	69	47
- Padres	47	32
- Otro familiar	30	21
<b>Transporte</b>		
- Camión, microbus o similar	34	23
- Taxi	22	15
- Auto o moto particular	85	58
- Caminando	4	4
<b>Tiempo de recorrido hogar-trabajo</b>		
- Menos de 30 min	52	36
- De 30 a 60 min	53	53
- Más de 60 min	16	11

n = población. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

Por otra parte, dentro de las actividades de tiempo libre que realizan los médicos legistas sobresale leer el periódico, revistas o libros con un 84%, así como salir a pasear con su pareja, hijos, familiares o algún amigo con un 71%. De mismo modo, la práctica de algún deporte o ejercicio está presente en tan solo la tercera parte (33%) de la muestra en estudio. Confirmando estos resultados se encontró un índice de actividad en el tiempo libre del 53%, lo que significa que en esta muestra los trabajadores si utilizan activamente su tiempo libre, ver tabla 3.

**Tabla 3** Tiempo libre de los médicos legistas y forenses de la CDMX.

	<b>n</b>	<b>%</b>
Lee periódico, revista o libros	122	84
Sale a pasear con familiares o amigos	104	71
Se junta con amigos	94	64
Estudia más de 5hrs a la semana	82	56
Ve televisión la mayor parte de su tiempo libre	72	49
Practica algún deporte 3 o más veces por semana	48	33
<b>Índice de actividad en el tiempo libre (IATL)</b>		<b>53</b>

n = población. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

En la tabla 4 se muestran algunas características laborales de los médicos legistas, donde resalta el bajo porcentaje de éstos que cuentan con un contrato de base laboral con apenas un 17%, lo que muestra el panorama de inestabilidad laboral que éstos enfrentan a pesar de tener una media de 6 años laborando dentro de la institución. Por otra parte, encontramos que en el turno nocturno se encuentran el mayor número de médicos abarcando el 42% del total ya que existen dos guardias correspondientes a ese turno laboral (guardia A nocturna: lunes, miércoles y viernes, y guardia B nocturna: martes, jueves y sábados).

**Tabla 4** Trabajo asalariado de los médicos legistas y forenses de la CDMX.

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Turno laboral</b>		
- Matutino (8-16 hrs)	41	28
- Vespertino (14-22 hrs)	44	30
- Nocturno (20-08 hrs)	61	42
<b>Tipo de contrato</b>		
- Base	25	17
- Estabilidad laboral*	121	83
<b>Faltas en los últimos 12 meses</b>	40	27
<b>Años:</b>		
	<b>Media</b>	<b>DE</b>
- En la institución (Rango: 2 -15 años).	6 años	2.8 años
- En el puesto actual (Rango 2-5 años).	6 años	2.6 años
- Desarrollando la misma actividad (Rango 2-19 años).	6.7 años	3 años

n = población, DE= desviación estandar. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017. \*Estabilidad laboral: Médicos en busca de una basificación que cuentan con un contrato por tiempo indefinido, pero sin las prestaciones de un médico con base laboral.

La valoración del trabajo por parte del empleado es un marcador importante para identificar las condiciones en las que éste se encuentra. Como se muestra en la tabla 5, el 100% mencionó estar interesado en su trabajo, 3 de cada 4 médicos refiere que puede decidir cómo realizar su trabajo y que su trabajo le permite aprendizaje de nuevos conocimientos, además cerca el 70% refirió que su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destrezas, además de darle satisfacción realizar sus actividades laborales. Sin embargo, el índice de valoración del trabajo fue del 50%, lo que nos indica que es dividida la valoración del contenido del trabajo por parte de los médicos legistas.

Analizando cada uno de los tres subíndices que conforman el índice de valoración del trabajo encontramos que existe en la mayoría de los médicos satisfacción en el trabajo que realizan (53%) y una sensación de control sobre su trabajo (56%) a pesar de sus condiciones laborales, pero también se encontró una falta de apoyo social alarmante (76%) en los mismos, esto dado principalmente por el hecho de trabajar de manera individual y aislado de otros compañeros, aunado al sentimiento de falta de solidaridad de los mismos.

**Tabla 5** Valoración del trabajo asalariado de los médicos I legistas y forenses de la CDMX.

	n	%
Interés en su trabajo	146	100
Decide cómo realizar su trabajo	109	75
Su trabajo le permite aprendizaje de nuevos conocimientos	108	74
Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destrezas	99	68
Le da satisfacción realizar sus actividades	95	65
Puede fijar el ritmo de su trabajo	70	48
Su trabajo es importante para sus jefes	36	25
Sus compañeros son solidarios	33	23
Su trabajo le permite desarrollar su creatividad	28	19

#### Índices de valoración del trabajo asalariado

<b>**Valoración del trabajo (IVT)</b>		50
Control sobre el trabajo	-	56
Satisfacción en el trabajo	-	53
Apoyo social	-	24

n = población, Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.\*\*= Se calcula dividiendo las respuestas positivas de este apartado entre 10, que son el número máximo de respuestas, siendo <.60 un valor de valoración negativa del trabajo que se realiza. De éste índice se desglosan 3 diferentes: control en el trabajo, satisfacción en el trabajo y apoyo social, calculándose con las respuestas positivas entre el número de preguntas que conforma cada apartado (control en el trabajo (5), satisfacción en el trabajo (3) y apoyo social (2) ).

Dentro de las tareas que realizan los médicos legistas existen ciertos riesgos propios de su actuar, de los que destaca el trabajo constante con contaminantes biológicos al trabajar directamente con cadáveres, y en muchas ocasiones en estado de putrefacción. Aunado a esta condición, un 67% considera que la falta de equipo de protección personal hace más complicada su labor de forma adecuada y segura, además el 51% percibe la falta de orden y limpieza como un factor de riesgo dentro de su centro laboral, ver tabla 6.

**Tabla 6.** Riesgos laborales de los médicos legistas y forenses.

Riesgos	n	%
Contaminantes biológicos	105	72
Falta de equipo personal	98	67
Falta de orden o limpieza	74	51
Pisos y paredes en condiciones peligrosas	18	12

n = población. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

Por otra parte, la tabla 7 muestra las exigencias relacionadas con el tiempo, cantidad e intensidad y vigilancia del trabajo de los médicos legistas, de las cuáles, las exigencias relacionadas con la cantidad e intensidad del trabajo estuvieron presentes en 7 de cada 10 profesionales, por ejemplo, una de las funciones que los médicos legistas realizan es la determinación de lesiones físicas y la clasificación de las mismas de acuerdo al capítulo II artículo 130 del Código Penal de la Ciudad de México, clasificación que puede significar la diferencia entre la libertad y el auto de formal prisión para la persona detenida, lo que comprende la exposición a realizar una tarea minuciosa (presente en el 71%) por el peso legal que esta conlleva, ya que algún error en ésta clasificación del médico puede significarle al mismo una multa económica muy alta o incluso su auto de formal prisión y pérdida temporal o definitiva de la cédula profesional.

Con respecto a las exigencias relacionadas con el tiempo de trabajo, éstas estuvieron presentes en poco menos de la mitad de nuestra muestra, donde el trabajo nocturno y la realización de trabajo pendiente en horas y días de descanso o vacaciones significaron el 48% y 45% respectivamente. Un ejemplo de estas exigencias es pertenecer al turno nocturno y acudir a comparecencias a reclusorios en horarios que van de las 09:00 hasta las 18:00 horas en muchas ocasiones, y posteriormente tener que regresar a cubrir su turno de trabajo a partir de las 20:00 horas de un día hasta las 08:00 hrs del día siguiente sin que se le sean retribuidas las horas que le haya conllevado el proceso antes mencionado, ver tabla 7.

En contraste con lo anterior, las exigencias relacionadas con la vigilancia del trabajo como un estricto control de calidad y soportar una supervisión estricta estuvieron presentes en un 32% y 25% respectivamente, cifras que llaman la atención sobre todo por las repercusiones negativas que pudiese tener algún error en el actuar profesional del médico tanto para los usuarios como para ellos mismos.

**Tabla 7** Exigencias laborales de los médicos legistas y forenses de la CDMX.

	<i>n</i>	%
<b>Relacionadas con el tiempo de trabajo</b>		
Trabajo Nocturno	70	48
Realizar trabajo pendiente en horas o días de descanso	65	45
<b>Relacionadas a cantidad e intensidad de trabajo</b>		
Realizan una tarea minuciosa	104	71
No pueden desatender su actividad por más de 5 minutos	100	68
<b>Relacionadas con la vigilancia del trabajo</b>		
Hay un estricto control de calidad	47	32
Soporta supervisión estricta	37	25

n = población, DE= desviación estándar. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.



Concerniente a las exigencias laborales relacionadas con el contenido del trabajo , en la tabla 8, la información obtenida indica que los médicos legistas y forenses perciben un ambiente laboral donde no tienen una comunicación con sus compañeros (86%), esto puede ser percibido de esta manera debido a que en la mayoría de los centros laborales donde se encuentran solo existe un médico por consultorio, lo que impide la comunicación con otros médicos. Aunado a esto, existe la percepción en un 80% de los médicos legistas que las condiciones de trabajo pudiesen ser la causa de diversos problemas para su salud (el trabajo con cuerpos en descomposición sin el equipo necesario o el distrés que se mantiene durante toda la jornada laboral, por ejemplo). Además, el trabajar día a día con personas en proceso penales o legales genera la sensación de estar realizando un trabajo peligroso en un 66% de la muestra.

Por otra parte, de las exigencias laborales relacionadas con la actividad física estática y dinámica de los médicos legistas y forenses en la tabla 8 podemos confirmar que realizar trabajo de manera encorvada y el cargar, jalar o empujar objetos fueron consideradas por casi el 80% de la muestra como exigencias presentes en su proceso de trabajo, éstas se encuentran presentes principalmente durante la realización de actas médicas de cadáver, donde el médico debe manipular cuerpos en ocasiones muy grandes y pesados, además que las planchas donde se trabajan los cuerpos en ocasiones están a una altura incómoda para algunos médicos, lo que les exige adoptar posiciones incómodas y en esas mismas posiciones realizar esfuerzos como mover, jalar, empujar y en ocasiones hasta cargar los cuerpos.

**Tabla 8** Exigencias laborales de los médicos legistas y forenses de la CDMX.

	n	%
<b><i>Relacionadas con el contenido del trabajo</i></b>		
Sin comunicación con sus compañeros	126	86
Su trabajo puede ocasionarle un problema a su salud	117	80
Ejecuta un trabajo peligroso	97	66
Estar fijo en su lugar de trabajo	50	34
Trabaja en espacios reducidos	40	27
Recibe órdenes confusas de su jefe	36	25
<b><i>Relacionadas con la actividad física estática y dinámica</i></b>		
Cargar, jalar o empujar objetos	109	75
Realizar trabajo de manera encorvada	107	73
Adopción de posiciones incómodas y forzadas	92	63
Utiliza asiento sin respaldo o incómodo	64	44
Levantar objetos por encima de los hombros	34	23
Hombros tensos	34	23

n=población, DE= desviación estándar. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

### 5.1.1. Perfil de daño en médicos legistas y forenses de la Ciudad de México

La tabla 9 muestra que la violencia en el trabajo y el trastorno del sueño son los daños a la salud con mayor presencia en nuestra población en estudio. La violencia en el proceso de trabajo de los médicos legistas y forenses de la CDMX estuvo presente en el 100% de éstos, porcentaje del cuál 89% correspondió a un nivel de violencia alto y el 11% restante a un nivel de violencia medio, característica a resaltar, pues basta recordar que la violencia en el lugar de trabajo no es un problema individual ni aislado, sino un problema estructural y organizacional de la empresa misma, y el objeto, medios y actividad misma de estos está envuelta en un ambiente hostil permanentemente. Así mismo, el trastorno del sueño estuvo presente en 8 de cada 10 médicos (79%), relación que llama la atención tomando en cuenta que sólo 4 de cada 10 médicos pertenece al personal que labora en el turno nocturno, lo que nos indica que existen otras condicionantes independientes del trabajo nocturno para el desarrollo de este trastorno.

Por otra parte, la cefalea tensional que puede ser originada por estrés físico, emocional y fatiga estuvo en el 66% de nuestra muestra, situación que puede entenderse al observar los riesgos y exigencias a que los médicos legistas se ven expuestos (tablas 6, 7 y 8); y si aunado a esto, tomamos en cuenta la violencia existente en esta población no es raro observar que la presencia de los tres elementos que conforman el burnout estén presentes por separados en el 80-90% de la muestra, pero considerando los criterios diagnósticos del Maslach Burnout Inventory se observa la presencia de este trastorno en el 57% de ésta población. Por último, se sabe que existe asociación de algunos trastornos mentales como la depresión y ansiedad con el distrés, condición que se encontró en nuestro estudio al observar un 29% de distrés en los médicos legistas, así como depresión y ansiedad en un 42% y 36% respectivamente.

**Tabla 9** Perfil de daño en médicos legistas y forenses de la CDMX.

	n	%
<b>Presencia de violencia en el trabajo</b>	<b>146</b>	<b>100</b>
• Intensidad baja	-	-
• Intensidad media	16	11
• Intensidad alta	130	89
<b>Trastorno del sueño</b>	<b>115</b>	<b>79</b>
<b>Cefalea tensional</b>	<b>97</b>	<b>66</b>
<b>Síndrome de burnout</b>	<b>84</b>	<b>57</b>
• Agotamiento emocional	115	79
• Despersonalización	128	88
• Poca realización personal	133	91
<b>Depresión</b>	<b>62</b>	<b>42</b>
<b>Ansiedad</b>	<b>53</b>	<b>36</b>
<b>Distrés</b>	<b>42</b>	<b>29</b>

n = población. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

## **5.2. Asociación entre perfil de daño a la salud y la exposición a riesgos y exigencias**

En el siguiente apartado, se presentarán los resultados obtenidos con base al análisis bivariado de las diferentes variables de interés asociadas a las patologías que conforman el perfil de daño de los médicos legistas y forenses. Es importante mencionar que sólo se presentan las asociaciones que se encontraron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) y algunas marginalmente significativas ( $p < 0.6$ ) de interés, del mismo modo se presentan las cifras pertenecientes a la razón de prevalencia (RP) y razón de prevalencia ajustada (RPa) por sexo, edad y grado académico.

### **5.2.1. Perfil de daño asociado a características sociodemográficas**

Los resultados correspondientes a esta asociación nos indican que los hombres tienen el doble de prevalencia de ansiedad con respecto a las mujeres y en cuanto a la depresión, las mujeres presentan el doble de prevalencia respecto al sexo masculino, ver tabla 10. Así mismo, el nivel escolar mostró gran influencia para el desarrollo del perfil de daño en estos trabajadores, por ejemplo, contar solo con licenciatura significó casi tres veces más prevalencia de depresión y distrés y el 70% de mayor prevalencia de burnout respecto a quienes poseen un nivel escolar de posgrado.

Por otra parte, la condicionante de tener hijos significó el 20% más prevalencia para el desarrollo de trastorno del sueño y del 10% para la presencia de distrés en aquellos que tienen hijos menores de 18 años de edad.

**Tabla 10** Perfil de daño asociado a características sociodemográficas en médicos legistas y forenses

	NO	SI	RP	RPa	IC (95%)	p
<b>Sexo</b>						
	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>				
Ansiedad	50	24	2.1	2.1	1.3-3.3	0.001
Depresión	34	50	1.4	2.1	0.9-2.1	0.055
<b>Nivel escolar de posgrado</b>						
Depresión	58	21	2.7	2.8	1.6-4.6	<0.0001
Distrés	39	14	2.7	2.8	1.3-5.2	0.001
Burnout	69	42	1.6	1.7	1.1-2.2	0.001
<b>Tener hijos</b>						
Trastorno del sueño	68	83	1.2	1.2	0.9-1.5	0.053
<b>Hijos &lt;18 años</b>						
Distrés	23	39	1.7	1.1	1.0-2.8	0.038

p: Pearson/Fisher's, RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza al 95% ,RPa: razón de prevalencia ajustada por edad, sexo y grado académico. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

### 5.2.2. Perfil de daño asociado a características sociodemográficas

Los resultados de las características de vida cotidiana y tiempo libre en los médicos legistas y forenses nos permitieron tener un panorama de las repercusiones que tiene su empleo dentro de su núcleo personal y familiar, donde es posible observar el perfil de daño asociado a la percepción negativa de éstas, ver tabla 11.

En relación al perfil de daño asociado a las características de vida cotidiana, se observa que los médicos que perciben un salario insuficiente para cubrir sus necesidades representan 3 veces más prevalencia de depresión y distrés, así como el doble de prevalencia para el desarrollo de ansiedad y cefalea tensional con respecto a quienes no perciben esta circunstancia.

No cubrir sus necesidades económicas de manera suficiente con su salario obliga en mayor parte a la mayoría de los médicos a tener un segundo empleo y tener diferentes entradas económicas para la manutención del hogar. La exigencia de tener otro empleo generó en éstos una prevalencia doble de desarrollar ansiedad y 20% mayor para síndrome burnout con respecto a quienes no lo tienen. Por otra parte, no contar con algún apoyo económico extra dentro del hogar representó un 30% mayor de prevalencia de ansiedad asociado a esta condicionante.

**Tabla 11** Perfil de daño asociado a características de vida cotidiana en médicos legistas y forenses del DML de la SEDESA de la CDMX.

	NO	SÍ	RP	RPa	IC (95%)	p
<b>Salario suficiente</b>						
Depresión	46	16	2.9	2.9	1.0-8.4	0.011
Distrés	31	10	2.9	3	0.7-11.3	0.059
Ansiedad	63	32	1.9	1.9	1.2-3	0.009
Cefalea tensional	95	62	1.5	1.9	1.2-1.8	0.005
<b>Tener otro empleo</b>						
Ansiedad	22	43	1.9	2	1.0-3.5	0.013
Burnout	74	50	1.5	1.2	1.1-1.9	0.006
<b>Tener otras entradas económicas en el hogar</b>						
Ansiedad	53	31	1.7	1.3	1.1-2.6	0.014

p: Pearson/Fisher's, RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza al 95% ,RPa: razón de prevalencia ajustada por edad, sexo y grado académico. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

### 5.2.3. Perfil de daño asociado a tiempo libre

Respecto al tiempo libre y su asociación con el perfil de daño mostrado en la tabla 12, es posible observar que los médicos legistas que no practican ninguna actividad deportiva representan cuatro veces mayor prevalencia de desarrollar distrés y el

doble para depresión, mientras que esta característica condiciona además un 60% de mayor probabilidad para el desarrollo de trastorno del sueño en este sector.

Condiciones como no salir a pasear con amigos, pareja o familiares, no realizar tareas comunitarias, estudiar con regularidad y no juntarse con sus amistades representan cerca del doble de prevalencia de distrés. Así también, no realizar tareas comunitarias y no leer diariamente significaron una prevalencia mayor en un 60% para el desarrollo de ansiedad, ver tabla 12.

**Tabla 12** Perfil de daño asociado a tiempo libre en médicos legistas y forenses

	NO	SÍ	RP	RPa	IC (95%)	p
<b>Practicar deporte</b>						
Depresión	55	17	3.3	1.9	1.7-6.3	<0.0001
Trastorno del sueño	84	69	1.2	1.6	0.9-1.5	0.038
Distrés	38	10	3.6	3.6	1.5-8.6	0.006
<b>Salir a pasear con la familia o amigos</b>						
Distrés	45	22	2.0	2.0	1.2-3.3	0.005
Ansiedad	50	31	1.6	1.2	1.0-2.4	0.028
<b>Realizar tareas comunitarias</b>						
Distrés	25	50	2.0	2.1	1.2-3.3	0.011
Ansiedad	33	54	1.6	1.6	1.0-2.5	0.046
<b>Estudiar con regularidad</b>						
Distrés	39	21	1.8	1.9	1.1-3.1	0.015
Cefalea tensional	56	74	1.3	1.1	1.0-1.6	0.021
<b>Juntarse con amistades</b>						
Distrés	40	22	1.8	1.8	1.0-2.9	0.021
<b>Leer diariamente</b>						
Ansiedad	54	33	1.6	1.6	1.0-2.5	0.046

p: Pearson/Fisher's, RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza al 95% ,RPa: razón de prevalencia ajustada por edad, sexo y grado académico. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

#### **5.2.4. Perfil de daño asociado a la valoración del trabajo**

La tabla 13 presenta el perfil de daño asociado a la valoración del trabajo por parte de los médicos legistas y forenses, se muestra que la falta de algunos elementos humanizantes dentro del trabajo trae consigo diversos efectos negativos en estos trabajadores.

Dentro de los resultados más relevantes encontramos a los médicos que consideran que su trabajo no les permite desarrollar su creatividad e iniciativa tienen una prevalencia 9 veces mayor de síndrome de burnout en comparación con quienes no consideran esta situación. De igual forma, aquellos médicos que consideran que su trabajo no les permite tener un aprendizaje del mismo tienen casi 5 veces más prevalencia de distrés y 2 veces más síndrome de burnout que quienes no consideran esta situación.

A su vez, el no poder fijar el ritmo de trabajo y considerar falta de interés por su trabajo por parte de sus superiores condicionó a esta muestra a desarrollar 4 veces más prevalencia de síndrome de burnout y cerca del 70% de mayor probabilidad para el desarrollo de ansiedad. Así mismo, el factor de no poder decidir cómo realizar su trabajo en los médicos legistas y forenses los condiciona a tener más de 3 veces mayor prevalencia de ansiedad con respecto a quienes si tienen la libertad de decidir como realizar su trabajo (ver tabla 13).

Para concluir la tabla 13, podemos mencionar que a pesar que la función de los médicos legistas y forenses en ocasiones los hace perder en parte la sensibilidad, la ausencia de los elementos humanizantes que reafirman positivamente la valoración del trabajo en este grupo juegan un papel importante para el desarrollo de múltiples trastornos como se puede observar en esta tabla.



**Tabla 13** Perfil de daño asociado a la valoración del trabajo en médicos legistas

	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>RP</b>	<b>RPa</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>p</b>
<b>Desarrolla creatividad e iniciativa en el trabajo</b>						
Burnout	69	7	9.7	9.8	2.5-37.1	<0.0001
<b>Tiene aprendizaje del trabajo</b>						
Distrés	68	15	4.6	4.6	2.7-7.6	<0.0001
Depresión	84	28	3.0	1.1	2.1-4.2	<0.0001
Burnout	95	44	2.1	2.1	1.7-2.6	<0.0001
Cefalea tensional	87	59	1.4	1.1	1.2-1.7	0.002
<b>Fija el ritmo de trabajo</b>						
Burnout	92	20	4.6	4.6	2.8-7.3	<0.0001
Distrés	37	20	1.8	1.8	1.0-3.2	0.024
Cefalea tensional	84	47	1.7	1.8	1.3-2.3	<0.0001
Depresión	53	31	1.6	1.1	1.1-2.5	0.009
Ansiedad	28	46	1.6	1.6	1.0-2.5	0.023
Trastorno del sueño	86	71	1.2	1	1.0-1.4	0.037
<b>Interés de sus jefes por su trabajo</b>						
Burnout	71	17	4.2	4.2	2.0-8.9	<0.0001
Distrés	21	53	2.5	2.5	1.5-4.0	0.0002
Ansiedad	31	53	1.7	1.7	1.1-2.5	0.017
Cefalea tensional	71	53	1.3	1.3	0.9-1.8	0.045
<b>Decide como realizar su trabajo</b>						
Ansiedad	78	22	3.5	3.6	2.4-5.2	<0.0001
Cefalea tensional	95	57	1.6	0.8	1.3-1.9	<0.0001
<b>Desarrolla habilidades y destrezas en el trabajo</b>						
Distrés	49	19	2.5	2.6	1.5-4.1	0.002
Depresión	68	30	2.2	1.5	1.5-3.2	<0.0001
Burnout	77	48	1.6	1.6	1.2-2.0	0.0013
<b>Tener compañeros solidarios</b>						
Depresión	49	21	2.3	1.5	1.1-4.5	0.005

p: Pearson/Fisher's, RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza al 95% ,RPa: razón de prevalencia ajustada por edad, sexo y grado académico. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

### 5.2.5. Perfil de daño asociado a los riesgos y exigencias laborales

En la tabla 14 se observan los riesgos laborales que los médicos consideraron de mayor importancia en su actuar. Donde trabajar sin equipo de protección personal significó el mayor riesgo dentro de su actuar profesional, condicionando una prevalencia casi 6 veces mayor de distrés en este grupo. De igual forma el trabajar en instalaciones peligrosas o con falta de mantenimiento condicionó una prevalencia de cefalea tensional de más del doble en este personal. Respecto a esta condición, el riesgo asociado es derivado del trabajo con cadáveres en planchas colocadas a una altura no adecuada para todo el personal condicionando a los profesionales a adoptar posiciones incómodas y a la falta de mantenimiento de las mismas que ponen en riesgo la integridad física de quien en ellas trabajan.

**Tabla 14** Perfil de daño asociado a riesgos laborales en médicos legistas y forenses del DML de la SEDESA de la CDMX.

	NO	SÍ	RP	RPa	IC (95%)	p
<b>Contar con equipo de protección personal</b>						
Distrés	65	11	5.7	5.7	3.1-10.4	<0.0001
Cefalea tensional	83	58	1.4	1.4	1.1-1.7	0.0025
<b>Instalaciones seguras y con mantenimiento (pisos, techos, escaleras)</b>						
Cefalea tensional	72	28	2.6	2.6	1.2-5.4	0.002
<b>Trabajar con contaminantes biológicos</b>						
Distrés	23	44	1.9	1.9	1.1-3.1	0.011
Cefalea tensional	60	83	1.3	1.2	1.1-1.7	0.0084
<b>Orden y limpieza en el trabajo</b>						
Distrés	21	36	1.7	1.7	1.0-3.0	0.036

p: Pearson/Fisher's, RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza al 95% ,RPa: razón de prevalencia ajustada por edad, sexo y grado académico. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

### 5.2.6. Perfil de daño asociado a exigencias laborales derivadas de la vigilancia y tiempo de trabajo en médicos legistas de la Ciudad de México

En la tabla 15, el control de calidad estricto derivado de las exigencias de vigilancia del trabajo tuvo las prevalencias más altas, significando 5 veces mayor prevalencia de burnout y 3 veces más ansiedad respecto a quiénes no están sujetos a éstas. El perfil de daño derivado de exigencias del tiempo de trabajo lo constituyó la cefalea tensional con más del doble de prevalencia en aquellos médicos con cambio de turno laboral, la exigencia de no desatender su tarea por más de 5 minutos significó una prevalencia 80% mayor para el desarrollo de depresión y quienes realizan trabajo en horas de descanso o vacaciones significaron una prevalencia del 70% mayor para el desarrollo de burnout y depresión.

**Tabla 15** Perfil de daño asociado a exigencias laborales en médicos legistas de la CDMX.

	NO	SÍ	RP	RPa	IC (95%)	p
<b>*Exigencias derivadas de la vigilancia del trabajo</b>						
<b>Tiene un control de calidad estricto</b>						
Burnout	78	15	5.2	1.1	2.6-10.4	<0.0001
Ansiedad	20	70	3.4	3.5	2.2-5.3	<0.0001
<b>*Exigencias derivadas del tiempo de trabajo</b>						
<b>Realiza trabajo en horas y días de descanso</b>						
Depresión	23	66	2.8	1.7	1.8-4.3	<0.0001
Burnout	43	75	1.7	1.7	1.3-2.3	<0.0001
Trastorno del sueño	73	86	1.1	1.4	1.0-1.3	0.050
<b>Realiza trabajo nocturno</b>						
Burnout	36	81	2.3	1.1	1.6-3.1	<0.0001
Distrés	39	17	2.3	1.1	1.2-4.1	0.0029
Trastorno del sueño	71	87	1.2	1.2	1.0-1.4	0.017
<b>Realiza rotación de turnos</b>						
Cefalea tensional	28	72	2.5	2.5	1.1-2.6	0.0002
<b>No puede desatender &gt;5 min el trabajo</b>						
Depresión	28	49	1.7	1.8	1.0-2.8	0.018
Trastorno del sueño	63	86	1.3	1.2	1.0-.7	0.0016

p: Pearson/Fisher's, RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza al 95% , RPa: razón de prevalencia ajustada por edad, sexo y grado académico. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

### 5.2.7. Perfil de daño asociado a exigencias laborales derivadas del contenido del trabajo en médicos legistas de la Ciudad de México

Dentro de las exigencias derivadas del contenido del trabajo se encontró que recibir órdenes confusas significó una prevalencia 5.5 veces mayor de ansiedad en estos profesionales. Así también, considerar la realización de un trabajo peligroso significó una prevalencia 4.6 veces mayor de ansiedad y un 70% mayor para síndrome de burnout (ver tabla 16).

**Tabla 16** Perfil de daño asociado a exigencias laborales en médicos legistas de la CDMX.

	NO	SÍ	RP	RPa	IC (95%)	p
<i>Exigencias derivadas del contenido del trabajo</i>						
<b>Realiza trabajo sin tener comunicación con otros compañeros</b>						
Depresión	10	48	4.7	1.1	1.2-17.9	0.0016
Cefalea tensional	95	62	1.5	1.3	1.2-1.8	0.0036
<b>Recibe ordenes confusas</b>						
Ansiedad	17	94	5.5	5.5	3.6-8.2	<0.0001
Distrés	22	50	2.3	2.4	1.4-3.7	0.0012
Cefalea tensional	56	97	1.7	1.1	1.4-2.0	<0.0001
<b>Realiza trabajo peligroso</b>						
Ansiedad	75	16	4.5	4.6	2.8-7.3	<0.0001
Burnout	39	67	1.7	1.7	1.1-2.5	0.0011
Cefalea tensional	83	57	1.4	1.1	1.1-1.7	0.0017
<b>Realizar trabajo en un lugar fijo</b>						
Ansiedad	21	66	3.1	3.1	2.0-4.9	2.0-4.9
Burnout	66	42	1.5	1.2	1.0-2.2	1.0-2.2
Cefalea tensional	60	78	1.3	1.4	1.0-1.6	1.0-1.6
Trastorno del sueño	74	88	1.2	1.4	1.0-1.3	1.0-1.3

p: Pearson/Fisher's, RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza al 95% ,RPa: razón de prevalencia ajustada por edad, sexo y grado académico. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

### 5.2.8. Perfil de daño asociado exigencias físicas del trabajo en médicos legistas de la Ciudad de México

La tabla 17, muestra el perfil de daño asociado a exigencias de esfuerzo físico, donde la cefalea tensional y el trastorno del sueño fueron los daños a la salud relacionados a estas condiciones. Realizar trabajo en posiciones incómodas y levantar, jalar o empujar objetos significó una prevalencia del doble para el desarrollo de trastorno del sueño. Mientras que el realizar esfuerzo físico pesado significó un 70% más prevalencia de cefalea tensional. Estas condiciones están dadas principalmente por el trabajo con cadáveres en planchas de trabajo a alturas incómodas para algunos de los profesionales, lo que es muy complicado ya que los cadáveres deben ser volteados y manipulados por completo, mismos que la mayoría de las ocasiones son cuerpos muy grandes y pesados para ser manipulados por una sola persona.

**Tabla 17** Perfil de daño asociado exigencias físicas del trabajo en médicos legistas de la CDMX.

	NO	SÍ	RP	RPa	IC (95%)	p
<b>Trabaja en posiciones incómodas</b>						
Cefalea tensional	37	84	2.2	1.2	1.5-3.2	<0.0001
Trastorno del sueño	50	96	1.9	1.9	1.4-2.5	<0.0001
<b>Levantar, jalar o empujar objetos &lt;30Kg</b>						
Trastorno del sueño	43	88	2	2	1.3-3.0	<0.0001
<b>Levantar, jalar o empujar objetos &gt;30Kg</b>						
Trastorno del sueño	43	88	2	2	1.3-3.0	<0.0001
<b>Realiza esfuerzo físico pesado</b>						
Cefalea tensional	54	92	1.7	1.7	1.3-2.0	<0.0001
Trastorno del sueño	72	92	1.2	1.3	1.0-1.4	0.0076

p: Pearson/Fisher's, RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza al 95% ,RPa: razón de prevalencia ajustada por edad, sexo y grado académico. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

### 5.2.9. Perfil de daño asociado a violencia laboral

La tabla 18 muestra que trabajar en un ambiente con un nivel medio o alto de violencia de acuerdo al test de IVAPT-PANDO se ve reflejado con tener un 80% más prevalencia de ansiedad respecto a quienes trabajan en ambientes sin violencia. Condicionante casi inherente del actuar de los médicos legistas y forenses dada la naturaleza y el medio en que éstos desarrollan su práctica profesional.

**Tabla 18** Perfil de daño asociado a violencia laboral en médicos legistas de la CDMX.

	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>	<b>RP</b>	<b>RPa</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>p</b>
<b>Presencia de un nivel alto de violencia</b>						
Ansiedad	62	33	1.8	1.1	1.2-2.9	0.020

p: Pearson/Fisher's, RP: razón de prevalencia, IC: intervalo de confianza al 95% ,RPa: razón de prevalencia ajustada por edad, sexo y grado académico. Fuente: Encuesta individual, "Condiciones de trabajo y salud mental". MCST, UAM-X, 2017.

## **6. CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **6.1. Discusión**

En el presente estudio se logró identificar los riesgos y exigencias a las que los médicos legistas y forenses del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México están sometidos durante su jornada de trabajo, así mismo, se identificó la asociación de cada riesgo y exigencia con la prevalencia de diversas patologías en la salud mental (cefalea tensional, trastorno del sueño, síndrome de burnout, depresión, ansiedad, distrés y violencia laboral), para posteriormente proponer estrategias de prevención de las mismas.

El trabajo que realizan los médicos legistas desempeña un papel fundamental en la investigación científica de diversos hechos delictivos, la entrada en vigor del Código Nacional de Procedimientos Penales en México en enero del 2016, resalta el papel de profesionales especializados en esta área para la procuración e impartición de justicia en el país, situación que a nivel nacional no ocurre como lo muestra en su investigación Hernández (2017), que tuvo como objetivo determinar la organización y el grado de especialización para el Sistema Penal Acusatorio por parte de los médicos legistas y forenses en México.

Hernández (2017), recabó información de este gremio en las 32 entidades del país a través de los portales de transparencia, de las cuales, el 88% proporcionaron información (1708 plazas); el autor identificó que el 54% de los médicos tenían el grado de licenciatura en medicina general, y sólo el 34% contó con especialidad en Medicina Legal y Forense, lo que muestra la necesidad de realizar una certificación de los médicos generales y fomentar la especialización de los mismos, esto debido a que cualquier mínimo error en un dictamen médico-pericial significaría perder el caso legal, lo que puede representar la libertad de personas culpables o aprehensión de otras inocentes. Condiciones similares se observaron en el presente estudio donde el 58% del personal estuvo conformado por médicos generales y 42% por especialistas, situación que pone a los médicos generales en desventaja dentro

del actual Sistema Penal Acusatorio, donde en muchas ocasiones en lugar de preguntarse si las afirmaciones del perito médico-legal son verdad, la preocupación primaria debe girar en torno a si el sujeto es realmente un experto o está capacitado para su función para desestimar el dictamen del médico general (Vázquez, 2014).

Las condiciones laborales de los médicos legistas son difíciles de comparar con otras especialidades, principalmente por que el sitio de trabajo se desarrolla fuera del ambiente hospitalario al concentrarse en centros penitenciarios, ministerios públicos, anfiteatros y visitas hospitalarias. Por ejemplo, la mayoría del personal de la muestra se concentró en el turno nocturno (42%), esto puede deberse a que el procedimiento de traslado de reos se realiza alrededor de las 03:00 am, mismos que son presentados con el médico antes y después de declarar y previo a su traslado al reclusorio, además de ser el turno con mayor número de incidentes.

Lazarus & Folkman (1986) mencionan que los procesos cognitivos requieren de un equilibrio constante entre el pensamiento de las personas y la comunicación con los demás generando así un sentimiento de apoyo social, y que cuando este balance se ve interrumpido se produce un ambiente psicológico negativo en los individuos propiciando la aparición de múltiples trastornos.

Dentro de las exigencias laborales reportadas por lo médicos de la presente investigación resaltan no tener comunicación con compañeros dentro de la jornada laboral (86%) debido a que en la mayoría de los consultorios médicos legales sólo se cuenta con un médico adscrito por consultorio, condición que podría estar relacionada con la presencia de depresión y cefalea tensional por la falta de apoyo social en éstos profesionales; misma situación que obliga a que los médicos deban cargar, jalar o empujar objetos en posiciones incómodas mientras realizan tareas minuciosas, condición derivada del trabajo con cadáveres, mismos que deben ser manipulados sin ayuda alguna para la búsqueda de lesiones y determinación de la causa de muerte aparente.



Molineros (2013), resalta los riesgos biológicos como las enfermedades derivadas de la exposición a salpicaduras y pinchazos con agujas en este sector, lo que coincide con la presente investigación, la cual muestra que dos terceras partes de los participantes consideró como mayor riesgo trabajar directamente con cadáveres en diferentes etapas de descomposición sin equipo de protección necesario para contaminantes biológicos.

Maslach & Leiter (1997), refieren que cuando las condiciones laborales son negativas son generadoras de estrés, y cuando éste es constante los trabajadores inician estrategias de afrontamiento, sin embargo, cuando el estrés es crónico puede generar el fallo de las mismas produciendo alteraciones físicas y psicosomáticas. Por ejemplo, condiciones como percibir un salario insuficiente aumentaron la prevalencia en un 90% de cefalea tensional; porcentaje similar al reportado por Moraes, Maciel & Fontana (2012) en personal de salud de un hospital de Brasil con una prevalencia del 98% .

La exposición prolongada al estrés laboral ha sido asociada al desarrollo de síndrome de burnout, en diversas investigaciones con médicos se han encontrado prevalencias que van del 12 al 30% (Juárez, Idrovo, Camacho & Placencia, 2014; Hernández, 2003). Sin embargo, en médicos legistas se encontró el padecimiento en el 57% de la muestra, resaltando condiciones como llevar un control de calidad estricto, no tener control sobre el ritmo de trabajo y percibir desinterés del trabajo realizado por parte de los superiores una prevalencia hasta 5 veces mayor para el desarrollo de síndrome de burnout en estos profesionales. Resultados coinciden justamente con la literatura que menciona que los principales componentes del burnout en médicos es la carga excesiva de trabajo derivada del excesivo número de pacientes a atender que no les permite en ocasiones tener un control sobre su propio ritmo de trabajo (Pereda, Márquez, Hoyos & Yañez, 2009).

Además, dentro de los padecimientos más frecuentes en la población general están la depresión, ansiedad y distrés, trastornos psicopatológicos relacionados con la sobrecarga laboral que tienden a deteriorar las funciones sociales cuando persisten y se prolongan en las personas (Caballo, Salazar & Carroble, 2014). Referente a depresión, Palmer, Prince, Medina & López (2017) encontraron una prevalencia del 29% en médicos de diversas especialidades de un hospital del IMSS en Baja California, lo que contrasta con la presente investigación donde condiciones como el trabajar en días de descanso, percibir un salario insuficiente o no contar con una especialidad médica aumentaron la prevalencia de depresión a casi la mitad de la población, lo que muestra que las exigencias laborales en este sector tienen mayores repercusiones depresivas a diferencia de otras especialidades médicas.

La presente investigación encontró una prevalencia de ansiedad del 36% asociada principalmente a condiciones como tener otro empleo, percibir un salario insuficiente o percibir desinterés por parte de sus superiores. Prevalencia que se encontró dentro de los valores reportados en diferentes investigaciones como la realizada por Montenegro & Yumiseva (2016) con 344 médicos y 350 enfermeras de Ecuador donde encontraron una prevalencia de ansiedad en médicos del 36%; resultados similares a los reportados por Mascarúa & cols (2014) con médicos especialistas en Puebla, quienes reportaron ansiedad en el 41% de los participantes.

Simultáneamente la presente encontró que el 29% de los médicos reportaron estrés; condiciones como trabajar sin el equipo de protección personal y percibir desinterés de sus superiores fueron las exigencias más importantes para desarrollar este padecimiento; prevalencia que está por debajo de otras investigaciones en el mismo sector, por ejemplo, Martínez, Medina & Rivera (2005) identificaron depresión en el 48% de médicos del Hospital General de la Ciudad de México que participaron en la búsqueda de adicciones, depresión y estrés en médicos especialistas.

Mientras tanto, Hernández (2003) investigó la presencia de estrés y burnout en 287 profesionales de la salud de un hospital general clínico-quirúrgico de Cuba, reportando una prevalencia de estrés del 46% para médicos y del 54% para enfermeros. Por lo que se infiere que los profesionales de la salud mantienen un riesgo profesional al estrés, sin embargo, las características específicas de cada centro laboral reflejarán la prevalencia de este padecimiento.

Los anteriores padecimientos son trastornos derivados de las condiciones laborales de todos los profesionales de la salud, sobre todo por la sobrecarga laboral que rebasa los mecanismos de defensa de los trabajadores. Sin embargo, en los últimos años se han presentado condiciones sociales que han repercutido en la presencia de violencia hacia el sector médico, mismas que han impactado sobre la productividad laboral y la calidad del cuidado del paciente (Carmi, Peleg, Freud & Shvartzman; 2005).

La violencia hacia los profesionales de la salud ha crecido de manera alarmante, se estima que los trabajadores de salud son víctimas del 25 % del total de los hechos de violencia laboral, aunque realmente es difícil estimar la dimensión de esta problemática dado que la gran mayoría de estos eventos no se denuncian además del gran subregistro existente (Acevedo; 2012).

Gascón & cols (2009), refieren que hay un aumento a nivel mundial en la frecuencia de agresiones en el personal de salud como médicos y enfermeras. En su investigación con personal de salud de 3 hospitales en España reportaron una prevalencia del 64% de violencia no física como insultos o amenazas y una prevalencia del 11% de violencia física en este personal. Por otra parte, Farías, Sánchez, Petiti, Aldrete & Acevedo (2012) refieren violencia laboral en el sector de la salud de Argentina en un 63% de su muestra conformada en un 46% por médicos y el 54% por enfermeras y otros profesionistas de la salud, lo que muestra que ésta problemática esta presente a nivel mundial.

La presente investigación encontró que todos los médicos reportaron sufrir de violencia laboral. Fueron tales los grados de violencia identificados que para estimar esta problemática fue necesario categorizarla en tres niveles: violencia de baja intensidad, de mediana intensidad y de alta intensidad. Donde los resultados mostraron que 9 de cada 10 médicos legistas sufre un nivel de violencia de alta intensidad por 1 de cada 10 que la sufre de intensidad media, dando un panorama claro de las condiciones en las que se ve el actuar de estos profesionales, o al menos de la percepción que estos tienen de su trabajo.

Cifras difundidas por el periódico Reforma de México el 28 de mayo del 2017 acerca del movimiento creado para la defensa del sector médico a nivel nacional #YoSoyMédico17, refiere 7 asesinatos de médicos pasantes y 19 médicos especialistas entre los años 2013 y 2017 en la Ciudad de México, lo que muestra la violencia en contra del personal médico de este país. Sin embargo, el Dr. Carlos Moreno dirigente del movimiento menciona que las cifras podrían ser mayores, ya que muchos profesionales no hacen públicas las agresiones de las que son objeto. El caso de una doctora que fue brutalmente golpeada y abusada sexualmente hasta que sus 4 agresores la dieron por muerta en una comunidad de Nayarit en el año 2012 da cuenta de ello, donde la víctima refirió que las mismas autoridades le pidieron a ella y a sus familiares guardar silencio ante tal suceso.

Hay que recordar que los factores de riesgo que desencadenan la violencia en instituciones de salud dependen del lugar, tipo de actividad desarrollada, características de la población asistida, cantidad de personal, infraestructura en general y medidas de seguridad (Zahid & cols, 1999).

A pesar de las diversas campañas que existen contra la violencia en nuestro país, México se ha convertido en un lugar muy peligroso para todos aquellos que ejercen la medicina a cualquier nivel. El colegio Médico de México en el año 2015 realizó una encuesta en el personal de salud donde reportó que 7 de cada 10 médicos activos han sufrido de algún tipo de violencia física o psicológica dentro de sus

labores profesionales. Situación alarmante, pues el robo, secuestro, golpizas y amenazas verbales e intimidación se han ido convirtiendo en una constante presente dentro del actuar médico, condiciones que afectan de manera importante de la práctica del profesional de la salud dentro y fuera de su ambiente laboral.

## **6.2. Conclusiones**

El estudio realizado pone de manifiesto la relación existente entre las condiciones laborales y el perfil de daño a la salud de los médicos legistas y forenses del Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. La información obtenida del presente demuestra significativamente que las condiciones laborales de los profesionales los expone al desarrollo de niveles altos de violencia en el trabajo (89%), trastornos del sueño (79%), cefalea tensional (66%), síndrome de burnout (57%), depresión (42%) y ansiedad (36%). Las exigencias con mayor efecto para el desarrollo del perfil de daño a la salud son:

- Trastorno del sueño: realizar trabajo dentro de horas o días de descanso o vacaciones, realizar trabajo nocturno, no poder desatender su trabajo por más de 5 minutos, adoptar posiciones incómodas durante sus tareas, cargar, jalar o empujar cadáveres de hasta 150 kilogramos realizando esfuerzo físico pesado durante el trabajo.
- Cefalea tensional: trabajar en instalaciones peligrosas o sin mantenimiento adecuado, no poder fijar el ritmo del trabajo, no existir interés por parte de los superiores para el trabajo realizado, no tener la libertad de decidir cómo realizar el trabajo, no contar con un equipo de protección personal adecuado para realizar su trabajo, trabajar con contaminantes biológicos, no tener rotación de turnos, realizar un trabajo considerado peligroso y recibir órdenes confusas por superiores.
- Síndrome de burnout: no poder desarrollar iniciativa y creatividad en el trabajo, no poder fijar el ritmo del trabajo, no existir interés por parte de los superiores para el trabajo realizado y tener un control de calidad estricto.

- Depresión: tener un nivel escolar sólo de licenciatura, considerar tener un salario insuficiente para cubrir sus necesidades básicas, no practicar deporte alguno, no tener un aprendizaje del trabajo realizado, realizar trabajo dentro de horas o días de descanso o vacaciones y no tener comunicación con otros compañeros dentro del trabajo.
- Ansiedad: sexo masculino, considerar tener un salario insuficiente para cubrir sus necesidades básicas, no tener la libertad de decidir cómo realizar el trabajo, tener un control de calidad estricto, recibir órdenes confusas por parte de los superiores, realizar el trabajo en un lugar fijo y realizar un trabajo considerado como peligroso.

En general, los resultados confirman que las exigencias derivadas del contenido y del tiempo de trabajo significan el 34% de las determinantes causales del perfil de daño a la salud; así mismo, las condicionantes de valoración del trabajo significan el 28% del mismo, siendo éstas, los puntos angulares a modificar para cambiar el presente panorama de este sector.

En resumen, podemos confirmar que los médicos legistas y forenses de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México tienen una alta prevalencia de daños a la salud mental derivados de los riesgos y exigencias del tipo de actividad que realizan y del medio en que desarrollan su actividad. La investigación presente podría contribuir de forma más importante a mejorar las condiciones laborales de este sector si fuese complementada por un estudio de tipo cualitativo, ya que, el tipo de actividad que realizan estos profesionales conlleva actividades y situaciones fuera de lo común dentro de las otras especialidades médicas, además de las complejas condiciones de trabajo en las que las realizan.

## **7. CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES**

En este apartado se describirán propuestas de acuerdo a los resultados obtenidos de los perfiles de daños a la salud asociados a las condiciones laborales de los médicos legistas y forenses de la Ciudad de México, éstas con el propósito de prevenir o disminuir las condiciones que los propician afectando la salud de este personal.

Las recomendaciones se dirigirán a dos vertientes, la primera al Departamento de Medicina Legal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México como la principal encargada de las condiciones laborales dentro de sus instalaciones, y la segunda al personal médico legal y forense quienes pueden adoptar ciertas actitudes y realizar diversas modificaciones dentro de su ejercicio profesional para mejorar sus condiciones laborales y prevenir afectaciones a su salud.

### **7.1. Recomendaciones para la institución**

- Al ser los médicos legistas y forenses quienes enfrentan día a día las condiciones que conlleva su proceso laboral, la institución debería apoyarse en ellos y en personal especializado en ciencias en salud laboral para la determinación de riesgos y exigencias derivados de su ejercicio profesional que determinen beneficios o afectaciones en la salud de éstos derivados de su ejercicio, así como involucrarlos para la resolución de los mismos.
- Crear talleres para los superiores donde formen parte del proceso de trabajo por tiempos cortos para que ellos tengan noción de las condiciones en que trabajan los médicos legistas, así como de los riesgos a los que se ven expuestos, para de esta forma sensibilizarlos y puedan entender la importancia de modificar las condiciones de trabajo.

- Fomentar espacios de diálogo y convivencia para promover el apoyo social entre compañeros y superiores, buscando reconocimiento de la labor de ambos y fomentando un ambiente de comunicación e interés mutuo.
- Realizar mesas de diálogo para que los médicos a partir de su experiencia laboral, identifiquen los riesgos y exigencias derivados de su ejercicio profesional que pudieran influir sobre su salud.
- Introducir como parte de los programas de formación de personal cursos de salud laboral para identificar los trastornos más comunes dentro del centro laboral y dar medidas de primera intervención en caso de identificarlos, así como para promover una cultura laboral saludable.
- Crear una comisión de base para realizar monitoreo psicológico continuo en el personal liderada por un experto para la detección oportuna de problemas en la salud mental de los trabajadores.
- Proporcionar terapia psicológica y apoyo emocional para el manejo del estrés, cursos de expresión y control de emociones, ya que el personal de medicina legal al trabajar con cadáveres de muertes violentas se ven expuestos a conflictos emocionales durante su labor profesional.
- Realizar prácticas de relajación como hacer pausas a lo largo de la jornada laboral con apoyo de un profesional en salud ocupacional de la institución.
- Mantener un registro epidemiológico de perfil de daño en el personal y realizar valoraciones constantes para determinar la mejoría o empobrecimiento de las condiciones laborales, así como los perfiles de salud y daño en los trabajadores.



- Llevar a cabo verificaciones de condiciones de seguridad e higiene, otorgando al personal el equipamiento de protección personal adecuado para su actividad (mascarillas con filtros, lentes protectores, guantes, tyvex, batas, etc.) y vigilar el manteniendo del equipo en óptimas condiciones.
- Se recomienda mantener personal de mantenimiento en los anfiteatros, pues durante el estudio se encontraron anfiteatros sin luz, con falta de ventilación, inundados, sin agua y con cristales de ventanas rotos.
- Realizar evaluaciones ergonómicas de los puestos de trabajo para evitar daños derivados de posiciones forzadas y de jalar, cargar o mover objetos principalmente, sobre todo poner más atención en la zona de anfiteatros que es donde gran parte de los médicos mencionaron tener problema por la altura de las planchas; así como regularizar las dimensiones de los consultorios de revisión médico legal.
- Se recomienda que la Secretaria de Salud asigne personal de seguridad para el resguardo del personal médico ya que el personal considera realizar trabajo peligroso por el tipo de usuarios con quién se tiene contacto.
- Realizar programas que estimulen la realización de actividades deportivas o de convivencia entre el personal para mejorar el compañerismo y sentido de identificación con su actuar.
- Fomentar vínculos universitarios para mantener constantemente líneas de investigación dedicada a la salud en los trabajadores.

## **7.2. Recomendaciones para los trabajadores**

- Crear una comisión que recabe e informe a los superiores las condiciones laborales que tienen los médicos legistas.
- Informar a su jefe inmediato todo accidente laboral que suceda en el desempeño de sus actividades y de las condiciones de trabajo que lo promovieran para tomar las medidas pertinentes.
- Utilizar el equipo de protección personal para disminuir la exposición de los riesgos laborales.
- Informar y solicitar terapia psicológica y apoyo emocional cuando perciban estados emocionales anormales en compañeros y ellos mismos.
- Verificar constantemente las condiciones de seguridad e higiene y vigilar el mantenimiento del equipo en óptimas condiciones.
- Realizar programas que estimulen la realización de actividades deportivas o de convivencia entre el personal para mejorar el compañerismo y sentido de identificación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acevedo, D. (2012). Violencia laboral, género y salud. *Salud de los Trabajadores*, 20 (2), 167-177
2. Albee, G. (2000). Commentary on prevention and counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28(6), 845-853
3. Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. & Vásquez, c. (2006). Depresión. *Guías clínicas SERGAS*, 6(11)
4. Alferez, L. & Matta, H. (2013). *Trastornos del sueño y sus efectos en trabajadores de la salud del área asistencial: revisión de investigaciones publicadas en el periodo 1990-2013* (Tesis de posgrado). Universidad de Antioquia, Colombia
5. American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.
6. Antony, M., Bieling, J., Cox, J., Enns, W. & Swinson, R. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176
7. Antúnez, Z. & Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (dass-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30 (3), 49-55
8. Arriagada, I. (2007). Abriendo la caja negra del sector servicios en Chile y Uruguay. *Desafíos para la investigación política*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, 978-987
9. Barudy J. (2000). Violencia agresiva y violencia ideológica en la fenomenología. Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 11-29
10. Breslau, J., Borges, G., Hagar, Y., Tancredi, D. & Gilman, S. (2009). Immigration to the USA and risk for mood and anxiety disorders: variation by origin and age at immigration. *Psychological Medicine*, (39), 1117-1127

11. Buinic, M., Morrison, A. & Shifter, M. (1999). La violencia en América Latina y el Caribe: Marco de referencia para la acción. Banco Interamericano de Desarrollo Washington D.C.
12. Caballo, V., Salazar, I. & Carroble, M. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide, 339
13. Castañeda & García. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (1), 67-84
14. Carmi, T., Peleg, R., Freud, T. & Shvartzman, P. (2005). Verbal and physical violence towards hospital- and communitybased physicians in the Negev: an observational study. *Health Service Research Journal*, 54 (5)
15. Carrillo, P., Barajas, K., Sánchez, I. & Rangel, M. (2018). Trastornos del sueño: ¿qué son y cuáles son sus consecuencias?. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*; (61) 1
16. Carrillo, P., Ramírez, J. & Magaña, K. (2013). Neurobiología del sueño. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*; (56)4
17. Carrillo, R., Espinoza, I. & Gómez, K. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, (28), 55-60
18. Celis, M., Farías, F., Gutiérrez, G., Moreno, S. & Suárez, J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencia*, (11), 305-309
19. Cervera, S. & Viñes, J. (1999). El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000. *Revista Española de Salud Pública*, 73, 13-24
20. Chapell, D. & Di Martino, V. (1998). Violence at work. Geneva: International Labour Organization.
21. Colín, R., González, M. & Velásquez, L. (2013). Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*, (149), 183-95

22. Di Martino, V. (2003). Relationship between work stress and workplace violence in the health sector, Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
23. Díaz, X., Cardarelli, A., Toro, J., Villarroel, C. & Campos D. (2015). Validación del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo — IVAPT-PANDO— en Tres Ámbitos Laborales Chilenos. *Ciencia & Trabajo*, (52), 7-14
24. Díaz, A. & Gómez, C. (2016). La investigación sobre el burnout en latinoamerica entre 2000 y el 2010. *Revista de Psicología del Caribe*, 33 (1)
25. Dickinson, E., Fernández, M. & Hernández, C. (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51, 11-14
26. Dois, A. (2011). Violencia laboral en enfermeras: explicaciones y estrategias de afrontamiento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, (19)1
27. Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980), Burnout: stages of disillusionment in helping professions. *Nueva York: Human Services Press*
28. Farber, B. (2000). "Treatment strategies for different types of teacher burnout". *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 675-689
29. Farías, A., Sánchez, J., Petiti, Y., Aldrete, A. & Acevedo, G. (2012). Reconocimiento de la violencia laboral en el sector de la salud. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 13 (3): 7-15
30. Ferrari, A., Charlson, F., Norman, R., Patten, S., Freedman, G., Murray, C. & cols (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the global burden of disease study 2010. *PLOS Medicine Journals*, 10 (11)
31. Ferrer, R. (2002). *Burnout* o síndrome de desgaste profesional. *Medicina Clínica*, (119), 495-496
32. Firth. J. & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine*, (44), 1017-1022

33. Fernández, J., Siegrist, J. Rödel, A. & Hernández, R. (2003). El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, (31), 1-10
34. Flores, J. (2002). La muerte y el médico: impacto emocional y burnout. *Medicina Integral*, 4 (40), 167-82
35. Freudenberg, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 1(30), 159-166
36. Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), Grupo de Trabajo (2013). "Universalidad de los servicios de salud en México", *Salud Pública de México*; 55, número especial.
37. Gálvez, M., Mingote, A. & Moreno, J. (2004). Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*, (123), 265-270
38. García, M., Sáez, M. & Lloro, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en el personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2000, (16), 215-228
39. García, I. (2012a). *Medicina legal o forense*. México: Editorial Porrúa.
40. García, I. (2012b). *Procedimiento pericial médico-forense*. México: Editorial Porrúa
41. Gascón, S., Casalod, Y., Martínez, B., Abecia, E., Luna, A., Pérez, C., Santed, M., González, F. & Bolea, M. (2009). Agresions against healthcare workers: An approach to the situation in Spain and the victims psychol. *Legal Medicine*, (11) 366-367
42. Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 2(15), 261-268
43. Gil-Monte, P. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory. *Salud Publica de México*, (44), 33-40

44. Goncalves, F., González, V. & Vázquez, J. (2008). Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. Organización Médica Colegial de España.
45. González, E., Gutiérrez, C., Stevens, G., Barraza, M., Porras, R., Carvalho, N. & cols (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica*, 49(1), S37-S52.
46. González, J. (2011). Factores de riesgo laboral y la salud mental en trabajadores de la salud. *Psicología Iberoamericana*, 19 (2), 67-77
47. González, E. & Pérez, E. (2012). Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología*,(16), 8-22
48. Greenberg, P., Stiglin, L., Finkelstein, S. & Berndt, E. (1993). La carga económica de depresión en 1990. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 405-418
49. Gutiérrez, A. (2002). México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina. *México: Siglo XXI-UNAM*.
50. Gutiérrez, G. & Pedraza, A. (2010). Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería de Instituto Nacional de Cancerología Ciudad de México. *Cancerología*, 5, 31-35
51. Haro, L., Juárez, C., Sánchez, F. & Aguilar, G. (2014). Panorama del subregistro de los accidentes y enfermedades de trabajo en México. *Revista Médica de Risaralda*; 20 (1), 47-49
52. Hernández, F. & Santiago, J. (2010). Ritmos circadianos, genes reloj y cáncer. *iMedPub Journals*; (6) 23
53. Hernández, J. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (2), 103-110
54. Hernández, C. (2017). La medicina legal y forense en México. *Gaceta Internacional de Ciencia Forense*.
55. Hirigoyen, M. (2001). El acoso moral en el trabajo (L'assetjament moral a la feina). Ed. 62. Barcelona

56. Hobsbawm. (2009). *La era de la revolución*. Argentina: Crítica, Grupo Editorial Planeta, 34-60
57. Homedes, N. & Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 210-220
58. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2011). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/OBSERVATORIO/Informe%20%28VII%20ENCT%29.pdf>
59. ISO / CD 11228: *Ergonomía - Manejo manual - Parte 1: Levantar y transportar*.
60. Jiménez, J., Arenas, J. & Angeles, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes dentro de un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 20-28
61. Juárez, A., Idrovo, A., Camacho, A. & Placencia, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2)
62. Kawakami, N. (1993). Effects of job stress on occurrence of mayor depression in Japanese industry a case control study nested in a cohort study. *Journal of Educational Psychology*, (63), 261-270
63. Laurell, C. (1983). Procesos laborales y patrones de desgaste. El desgaste obrero en México. 14-37
64. Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. España: Ediciones Martínez Roca.
65. Laurell, C. (2000). Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Serie PALTEX, *Salud y Sociedad 2000*, 37-98
66. Leiter, M. & Harvie, P. (1998). Condiciones para la aceptación personal del cambio organizacional: el Burnout como un constructo mediador. *Ansiedad, Estrés y Afrontamiento*, (11), 1-25



67. Leka, S., Griffiths, A. & Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Serie de protección de la salud de los trabajadores no.3. Instituto de trabajo, salud y organización, Reino Unido.
68. Lewis, K., Blagrove, M. & Ebden, P. (2002). Sleep deprivation and junior doctor's performance and confidence. *Postgraduate Medical Journal*, 78, 85-87
69. Leymann, H. (1990). Mobbing y Terror Psicológico en los lugares de Trabajo. *Violence and Victims*, (5) 2
70. Leymann (1996). Mobbing, la persecución en el trabajo: Ed. Du Seuil
71. Mababú, M. (2012). El constructo de trabajo emocional y su relación con el síndrome del desgaste profesional. *International Journal of Psychological Therapy*, (12) 2, 219-244
72. Macía, F. (2008). Aplicación y evaluación psicométrica del test IVAPT-PANDO en dos centros de atención primaria. *Psicología y Salud*, 18 (2), 247-254
73. Martínez, S. (1997). *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco
74. Martínez, S. (2009). El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo. UAM-X, Serie Académicos CBS 23, 143-162
75. Martínez, P., Medina, M. & Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, 27(6), 17-27
76. Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 1-40
77. Martínez, L., Medina, M. & Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 48 (5)

78. Martínez, L., Mayorga, I., Mendoza, N., Valdez, G. & Mairena, F. (2008). Calidad de Sueño en Médicos Residentes del HEODRA. *Universitas*, (2) 2
79. Martínez, L., Oviedo, O. & Luna, C. (2013). Condiciones de trabajo que impactan la vida laboral. *Salud Uninorte*, 29 (3), 542-560
80. Mascarúa, E., Vázquez, E. & Córdova, J. (2014). Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar. *Atención familiar*, 21 (2), 55-57
81. Maslach, C. (1976). «Burned-out». *Human Behavior*. 5(9),16-22
82. Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced burnout*. Journal of Occupational behaviour, (2), 99-113
83. Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach burnout inventory manual*. Palo alto, CA: Consulting Psychologist Press
84. Maslach, C. & Leiter, M. (1997). *La verdad sobre burnout*. San Francisco: Jossey Bass
85. Marx, K. (1975). *El Capital*. Fondo de Cultura Económica. México
86. Máximo, M., Avalos, F., Valderrama, L. & Uribe, A. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. *Facultad de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería*, 27 ( 2), 218-225
87. Medá, E. (2007). ¿Qué sabemos sobre el trabajo?. *Revista de Trabajo*, 3 (4), 18-31
88. Mingote, J. & Pérez, F. (1999). El estrés del médico. *Manual de autoayuda*. Madrid: Díaz de Santos.
89. Mingote, J. (2002). Estrés laboral, alteraciones del sueño y trastornos cardiovasculares en médicos. *Comunicación Congreso Nacional de Neurología 2002*, 1-24
90. Molina, F., Avalos, F., Valderrama, L. & Uribe, A. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de la enfermería de un hospital médico-quirúrgico. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2(27), 218-225

91. Molineros, M. (2013). *Riesgo laboral del personal de salud del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala (Tesis de maestría)*. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
92. Montelongo, R., Lara, A., Morales, G. & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6 (11).
93. Montenegro, F. & Yumiseva, S. (2016). *Aplicación de la escala DASS-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de la salud del hospital de especialidades Eugenio Espejo (Tesis de pregrado)*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador.
94. Moraes, E., Maciel, L. & Fontana, R. (2012). La cefalea y la salud del trabajador de enfermería: análisis de una realidad. *Enfermería Global*, 26, 117-125
95. Moreno, B. & Peñacoba, C. (1999). Estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simon MA, editor. *Psicología de la salud*, Madrid. Siglo XXI, 1999.
96. Morín, V. (2014). Desgaste Profesional en Médicos Pediatras. *Revista Biomedicina*, 9, 6-15
97. Narro, J. & Ruíz, A. (2004). El papel del médico general en la atención médica en el México actual. *Gaceta Médica de México*, (1), S13-S21.
98. NIOSH (2008). Exposición al estrés: riesgos ocupacionales en hospitales. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Servicio de Salud Pública, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional, DHHS (NIOSH) Publicación No.136
99. Noriega, M. (1989). El trabajo, sus riesgos y la salud. En defensa de la salud en el trabajo. México, SITUAM. 9-60
100. Noriega, M. (1993). Organización laboral, exigencias y enfermedad. *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Organización Panamericana de la Salud, Serie PALTEX. *Salud y Sociedad*, (3), 167-187

101. Noriega, M., Franco, J. & Martínez, S. (2001). *Evaluación y Seguimiento de la Salud de los Trabajadores*. Serie Académicos CBS núm 34, UAM, México, pp. 79-90
102. Noriega, M., Franco, J., Martínez, S., Cruz, C. & Montoya, A. (2009). *De la clínica a lo social: luces y sombras a 35 años*. Departamento de Atención a la Salud. UAM-X, México, 53-77
103. O'Connor, P. & Spickard, A. (1997). Physician impairment by substance abuse. *Medical Clinic of North America Journals*, (81)1037-1052
104. Ortiz, M. (2006). El seguro popular. Una crónica de la democracia mexicana. *México: FCE INSP FUNSALUD*.
105. Ortega, C. & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160
106. Palmer, Y., Prince, R., Medina, M. & López, D. (2017). Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en Educación Médica*, 6 (22), 75-79
107. Pavón, L. & Méndez, A. (2011). La crisis del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica- Universidad Veracruzana*. Julio- Diciembre.
108. Peiró, J. (2009). Nuevas tendencias en la investigación sobre estrés laboral y sus implicaciones para el análisis y prevención de los riesgos psicosociales. Revisado el 11 de julio de 2018, de [http://www2.ivie.es/downloads/2009/09/Leccion\\_magistral\\_JMPeiro.pdf](http://www2.ivie.es/downloads/2009/09/Leccion_magistral_JMPeiro.pdf)
109. Peiró, J. & Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 68-82
110. Pereda, L., Márquez, G., Hoyos, M. & Yañez, M. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32 (5), 399-404
111. Pines, A. & Kafry. (2007). Burnout asistencial: Identificación, prevención y mediación en factores precipitantes. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 10 (1), 63-79

112. Polanyi K. (2011). *La gran transformación*. Madrid: Quipu editorial.
113. Puig, N., Cortaza, L. & Pillon, S. (2011). Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. *Revista Latino-Americana*, 19, 714-21
114. Ramis, C., Manassero, A. & García, E. (2009). Consecuencias del trabajo emocional en el sector turístico: ¿Riesgos psicosociales o salud laboral ?. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 85-95
115. Rentería, M. (2018). *Salud Mental en México*. Oficina de Información de Ciencia y Tecnología para el Congreso de la Unión, 7, 1-6
116. Reyes, J., Soloaga, G., Quintana, P. & Dos Santos, L. (2007). El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del Hospital "Juan Ramón Gómez" de la localidad de Santa Lucía, Corrientes. *AJAYU*, 76-89
117. Rodríguez, A., Zarco, V. & González, J. (2009). *Psicología del trabajo*. Madrid: Pirámide.
118. Rodríguez, A., Moreno, B., Fernández, J., Olavarrieta, S., De la Cruz, J. & Vela, A. (2008). Insomnio y calidad del sueño en médicos de atención primaria: una perspectiva de género. *Revista de Neurología*; 47 (3): 119-123
119. Ruíz, J., Molina, J. & Nigeda, G. (2013). Médicos y mercado de trabajo en México. *Caleidoscopio de la salud*, 115-124
120. Sánchez, M. & Corte, F. (2012). La precarización del trabajo. El caso de los maestros de educación básica en América Latina. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 42 (1), 26-54.
121. Sánchez, S. & Montoya, G. (2003). Reflexiones en torno a las condiciones laborales de médicas y médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. *El Cotidiano*, 19, 105-115
122. Secretaría de Salud (2014). *Manual administrativo*. Secretaría de servicios médicos e insumos.
123. Serra, L. (2013). Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas y medicolegales. *Revista Médica Clínica Las Condes*; 24(3), 443-451

124. Seyle, H. (1956). *The stress of life*. New York: Mc Graw-Hill.
125. Solíz, S., Urgilés, F. & Uyaguari, M. (2014). *Desarrollo y validación del test de estrés laboral en médicos e internos del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Perú* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Perú.
126. Tamez, S. (1993). *Flexibilidad Productiva y Accidentes de Trabajo*. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana.
127. Travetto, C., Daciuk, N., Fernández, S., Ortiz, P., Mastandueno, R. & Prats, M. (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38 (4), 307-315
128. Téllez, A., Villegas, D., Juárez, D., Segura, Herrera, L. & Avilés, L. (2015). Trastornos y calidad de sueño en trabajadores industriales de turno rotatorio y turno fijo diurno *Universitas Psychologica*, (14) 2, 695-705
129. Ulloa, O. & Raya, M. (2011). La nueva Ley del ISSSTE: la reforma estructural del consenso dominante. Centro de Producción Editorial: México.
130. Uribe, M. & Abrantes, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?. *Perfiles Latinoamericanos*, (42), 135-162
131. Uribe, J. (2016). Psicología del trabajo. *Un entorno de factores psicosociales saludables para la productividad*. México: Manual Moderno; 129 –138
132. Vázquez, C. (2014). Sobre la cientificidad de la prueba científica en el proceso judicial. *Anuario de Psicología Jurídica*.
133. Vicente, M., Terradillos, M., Ramírez, M., Capdevila, L. & López, A. (2014). Repercusión de las cefaleas sobre la incapacidad laboral en España. *CES Salud Pública*; 5, 38-49
134. Vieco, G. y Abello, R. (2014). Factores Psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad alrededor del mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 354-385
135. Volcy, M. (2008). Cefalea tipo tensional: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. *Acta Neurologica Colombiana*; 24, 14-27

136. Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C. & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11
137. Zahid, M., Al-Sahlawi, K. & Shahid A. (1999). Violence toward doctors: prevalence and effects. *Hospital Medicine Journals*, 60(6), 414–418
138. Zárate, A., Aguilar, G., Colunga, C., García, L. & Juárez C. (2013). Perfil salud-enfermedad en los trabajadores de una empresa en el valle de México. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59 (233), 405-416

## ANEXOS

### Anexo A.

#### Consentimiento informado de participación en el estudio

Investigación:

**“Síndrome de Burnout y violencia en médicos legistas de la ciudad de México”**

Yo, \_\_ (Nombre o iniciales) \_\_\_\_, por medio del presente documento manifiesto:

1. Que he sido informado por el Dr. Marco Efraín Salcedo Barragán quien participa en la recolección de la información de esta investigación y se desempeña habitualmente como alumno de la Maestría en Ciencias de Salud en los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) **y he comprendido:**
2. Que en el estudio se administrará a cada uno de los participantes varios cuestionarios relacionados con las condiciones de trabajo y daños a la salud, los que serán tratados como documentos confidenciales, de uso exclusivo del equipo de investigación y destruidos una vez procesados los datos.
3. Que no se trata de un examen que implique riesgo para mi integridad física, mental o estabilidad laboral.
4. Que la información que se derive del estudio será útil para conservar y/o mejorar el bienestar del medico legista en su trabajo.
5. Que la información sobre mi persona que se obtenga del estudio es absolutamente confidencial y que no podrá ser entregada a otra persona sin mi expreso consentimiento. La misma, no podrá utilizarse con otros fines ajenos a los objetivos de la investigación.
6. Que tengo pleno derecho a recibir toda la información que solicite concerniente a mis resultados individuales.
7. Que mi participación en el estudio es absolutamente voluntaria y que puedo abandonarlo retirando este consentimiento en cualquier momento, sin ninguna consecuencia laboral o personal.

Habiendo tomado conocimiento de todo lo anterior, consiento en participar voluntariamente en el estudio en calidad de evaluado, comprometiéndome a seguir las indicaciones que se me demanden.

Para que así conste firma:

/ / 2017.

---

**FIRMA DEL EVALUADO**

---

**FECHA.**



## Anexo B.

### ENCUESTA INDIVIDUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

#### I. DATOS GENERALES

1. Fecha en que se llena la encuesta \_\_\_\_\_
2. Momento de la aplicación de la encuesta:
  - 1) Antes de la jornada \_\_\_\_\_
  - 2) Durante la jornada \_\_\_\_\_
  - 3) Después de la jornada \_\_\_\_\_
  - 4) El día de descanso \_\_\_\_\_
3. Edad (años cumplidos) \_\_\_\_\_
4. Sexo
  - 1) Masculino \_\_\_\_\_
  - 2) Femenino \_\_\_\_\_

#### II. CALIDAD DE VIDA Y TRABAJO DOMÉSTICO

1. Marque con una X cuál es su nivel de escolaridad
  1. Licenciatura \_\_\_\_\_
  2. Especialidad \_\_\_\_\_
  3. Maestría \_\_\_\_\_
  4. Doctorado \_\_\_\_\_
2. Marque con una X cuál es su estado civil actual
  1. Soltero (a) \_\_\_\_\_
  2. Casado (a) \_\_\_\_\_
  3. Unión libre \_\_\_\_\_
  4. Divorciado (a) \_\_\_\_\_
  5. Viudo (a) \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene usted hijos?
  1. SI \_\_\_\_\_
  2. NO \_\_\_\_\_
4. ¿Cuántos menores de 18 años ( hijos u otros) viven con usted? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuántos menores de 5 años (hijos u otros) viven con usted? \_\_\_\_\_

NO INVADA ESTE ESPACIO

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1

2

3

4

NO INVADA ESTE ESPACIO

1

2

3

4

5

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

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

NO INVADA  
ESTE ESPACIO

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

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

10. Su vivienda es:

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

11. ¿Cuántas personas viven en la casa? \_\_\_\_\_

12. ¿Cuántos dormitorios tiene la casa? \_\_\_\_\_

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

1. Camión, microbús o un transporte similar \_\_\_\_\_
2. Taxi \_\_\_\_\_
3. Auto o motocicleta particular \_\_\_\_\_
4. Bicicleta \_\_\_\_\_
5. Se transporta caminando \_\_\_\_\_

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

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

15. ¿Cuántas horas en promedio duerme en la noche? \_\_\_\_\_

16. ¿Cuántos días a la semana trabaja? \_\_\_\_\_

☐ 18

☐ 19

☐ 23

☐ 24

☐ 25

☐ 26

☐ 27

☐ 28

Marque con una X para cada pregunta una sola opción		SI	NO	
17	¿Estudia con regularidad (más de 5 horas, en promedio, a la semana?			29
18	¿Practica regularmente algún deporte o hace ejercicio (tres o más veces a la semana, en promedio?			30
19	¿Se junta frecuentemente con amigos (as)?			31
20	¿Sale a pasear frecuentemente con su pareja, sus hijos o algún familiar o amigo?			32
21	¿Lee diariamente el periódico, revistas o libros?			33
22	¿Realiza actividades comunitarias, políticas o de servicio?			34
23	¿Ve la televisión la mayor parte del tiempo libre?			35

### III. CONDICIONES Y VALORACIÓN DEL TRABAJO

NO INVADA  
ESTE ESPACIO

1. Coordinación territorial donde trabaja \_\_\_\_\_
2. Turno que ocupa actualmente \_\_\_\_\_
3. ¿Cuánto tiempo lleva en la institución? (en años cumplidos) \_\_\_\_\_
4. ¿Cuánto tiempo lleva en su puesto actual? (en años cumplidos) \_\_\_\_\_
5. ¿Cuánto tiempo lleva desarrollando esta actividad en ésta y otras instituciones? (Si es menos de un año ponga 0) \_\_\_\_\_
6. El contrato que tiene en la empresa es:
  1. Estabilidad laboral \_\_\_\_\_
  2. De base o de planta \_\_\_\_\_
7. ¿Faltó al trabajo en los últimos 12 meses?
  1. SI \_\_\_\_\_
  2. NO \_\_\_\_\_

<input type="text"/>	1
<input type="text"/>	2
<input type="text"/>	3
<input type="text"/>	4
<input type="text"/>	5
<input type="text"/>	6
<input type="text"/>	17

Marque con una X para cada pregunta una sola opción			SI	NO	
7	¿Le gustaría que sus hijos(as) trabajaran en lo mismo que usted?				7
8	¿Le da la satisfacción la realización de sus actividades?				8
9	¿Está interesado(a) en su trabajo				9
10	¿Su trabajo le permite desarrollar sus habilidades y destrezas?				10
11	¿Su trabajo le permite desarrollar su creatividad e iniciativa?				11
12	¿Su trabajo le permite el aprendizaje de nuevos conocimientos?				12
13	¿Puede usted decidir sobre como realizar su trabajo?				13
14	¿Puede usted fijar el ritmo de trabajo?				14
15	¿Sus compañeros(as) son solidarios(as) con usted y valoran su trabajo?				15
16	¿Su trabajo es importante para sus jefes(as)?				16

### IV. RIESGOS Y EXIGENCIAS LABORALES

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

En el lugar donde trabaja ésta usted <b>constantemente</b> en contacto con:			SI	NO	
1	Contaminantes biológicas infecciosas (virus, bacterias, hongos)				1
En su puesto de trabajo tiene condiciones muy peligrosas debido a: (Marque con una X una sola opción en cada pregunta)			SI	NO	
2	Los pisos, techos, paredes, rampas o escaleras				2
3	La falta de orden o limpieza				3
4	La falta de equipo de protección personal o el deficiente mantenimiento				4

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:		SI	NO	
8	Una jornada semanal mayor de 48 horas			8
9	Realizar trabajos pendientes en horas o días de descanso o vacaciones			9
10	Rotación de turnos			10
11	Trabajo nocturno			11
12	No poder desatender su tarea por mas de 5 minutos			12
13	Realizar una tarea muy minuciosa			14
14	Un trabajo repetitivo ( <b>si contestó que NO pase a la pregunta 44</b> )			15
15	Un estricto control de calidad			21
16	Estar sin comunicación con sus compañeros			22
17	Trabajar en un espacio reducido			23
18	Estar fijo en su lugar de trabajo			24
19	Realizar un trabajo aburrido			25
20	Ejecutar un trabajo peligroso			26
21	Recibir órdenes confusas o poco claras de su jefe(a)			28
22	Realizar un trabajo que le pueda ocasionar algún daño a su salud			29
23	Realizar esfuerzo físico muy pesado			30

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

Su puesto de trabajo lo obliga a realizar movimientos que requieren fuerza con alguna de las siguientes partes del cuerpo		SI	NO	
24	Hombros, brazos o manos			31
25	Espalda o cintura			32

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:		SI	NO	
26	Levantar objetos desde el nivel del piso			34
27	Levantar objetos desde alturas que están entre rodillas y pecho			35
28	Cargar, empujar o jalar objetos de menos de 30 kilos			39
29	Cargar, empujar o jalar objetos de más de 30 kilos			40
30	Adoptar posiciones incómodas o forzadas			41

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

Su puesto de trabajo lo(a) obliga a:		SI	NO	
31	¿Para realizar su trabajo usted requiere estar encorvado?			42
32	¿Realiza movimientos de rotación de la cintura?			43
33	¿Al realizar su trabajo los hombros están tensos?			44
34	¿El peso del cuerpo recae sólo en uno de los pies, si la posibilidad de descansar el pie en un escalón o periquera?			46
35	¿El peso del cuerpo recae sólo en uno de los pies o las rodillas?			47
36	¿Utiliza un asiento sin respaldo o es incomodo?			48
37	¿Permanece de pie para trabajar?			50
38	¿Para trabajar permanece sentado(a)			51
39	¿La superficie donde se sienta es incómoda?			52

## V. DAÑOS A LA SALUD

La mayoría de las preguntas siguen (exceptuando las que se aclaran expresamente) se refieren a las molestias, enfermedades y accidentes que ha padecido usted **DURANTE EL ÚLTIMO AÑO.**

1	¿Frecuentemente tiene dificultad para conciliar el sueño?			47
2	¿Con frecuencia tiene sueño intranquilo?			48
3	¿Se despierta pocas horas después de haberse dormido y ya no se puede volver a dormir?			49
4	¿Ha tenido dolor de cabeza más de dos veces por mes?			50
5	¿El dolor de cabeza se presenta cuando está nervioso(a) o irritable?			51

## Anexo C.

### F. CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

	NUNCA	POCAS VECES AL AÑO	UNA VEZ AL MES O MENOS	UNAS POCAS VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	POCAS VECES A LA SEMANA	TODOS LOS DÍAS	
No. de Items	0	1	2	3	4	5	6	
F1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo								F1
F2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío								F2
F3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado								F3
F4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes								F4
F5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales								F5
F6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa								F6
F7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes								F7
F8. Siento que mi trabajo me está desgastando								F8
F9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo								F9
F10. Siento que me he hecho más duro con la gente								F10
F11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente								F11
F12. Me siento con mucha energía en mi trabajo								F12
F13. Me siento frustrado en mi trabajo								F13
F14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo								F14
F15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes								F15
F16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa								F16
F17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes								F17
F18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes								F18
F19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo								F19
F20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades								F20
F21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada								F21
F22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas								F22

## Anexo D.

### G. CUESTIONARIO DAS-21

	NO SUCEDIÓ	SOLO UN POCO	SUCEDIÓ BASTANTE	SUCEDIÓ MUCHO	
No. de Items	0	1	2	3	
G1. Me costó mucho relajarme					G1
G2. Me di cuenta de que tenía la boca seca					G2
G3. No podía sentir ningún sentimiento positivo					G3
G4. Se me hizo difícil respirar					G4
G5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas					G5
G6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones					G6
G7. Sentí que mis manos temblaban					G7
G8. Sentí que tenía muchos nervios					G8
G9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo					G9
G10. Sentí que no tenía motivos para vivir					G10
G11. Noté que me agitaba					G11
G12. Se me hizo difícil relajarme					G12
G13. Me sentí triste y deprimido					G13
G14. No toleré nada que me impidiera continuar con lo que estaba haciendo					G14
G15. Sentí que estaba a punto del pánico					G15
G16. No me pude entusiasmar por nada					G16
G17. Sentí que valía muy poco como persona					G17
G18. Sentí que estaba muy irritable					G18
G19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo					G19
G20. Tuve miedo sin razón					G20
G21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido					G21

## Anexo E.

### H. INVENTARIO DE VIOLENCIA Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO IVAPTPANDO

¿Podrías decirnos si en los últimos 6 meses, en su trabajo principal le han ocurrido algunas de las siguientes situaciones?	(A) ¿Con qué frecuencia le han ocurrido?					(B) En comparación con sus compañeros/as, a usted esto le ocurre...			
	MUY FRECUENTEMENTE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA	Menos que a sus compañeros/as	Igual que a sus compañeros/as	Más que al resto de sus compañeros/as	
H1. Recibo ataques a mi reputación o a la imagen de mi persona									H1
H2. Han tratado de humillarme o ridiculizarme en público o en privado									H2
H3. Recibo burlas, calumnias o difamaciones públicas									H3
H4. Se me asignan trabajos o proyectos con plazos tan cortos que son imposibles de cumplir									H4
H5. Se me ignora o excluye de las reuniones de trabajo o en la toma de decisiones									H5
H6. Se me impide tener información que es importante y necesaria para realizar mi trabajo									H6
H7. Se manipulan las situaciones de trabajo para hacerme caer en errores y después acusarme de negligencia o de ser un(a) mal(a) trabajador(a)									H7
H8. Se extienden por mi lugar de trabajo rumores malintencionados sobre mi persona									H8
H9. Se desvaloriza mi trabajo y nunca se me reconoce que algo lo haya hecho bien									H9
H10. Se ignoran mis éxitos laborales y se atribuyen a la suerte, al azar, o a otra situación externa									H10



¿Podrías decirnos si en los últimos 6 meses, en su trabajo principal le han ocurrido algunas de las siguientes situaciones?	(A) ¿Con qué frecuencia le han ocurrido?					(B) En comparación con sus compañeros/as, a usted esto le ocurre...			
	MUY FRECUENTEMENTE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA	Menos que a sus compañeros/as	Igual que a sus compañeros/as	Más que al resto de sus compañeros/as	
H11. Se castigan mis errores o pequeñas fallas duramente									H11
H12. Se me obstaculizan las posibilidades de comunicarme con mis compañeros/as o con personas de otras áreas del servicio									H12
H13. Se me interrumpe continuamente cuando trato de hablar									H13
H14. Se me impide expresamente									H14
H15. Se me ataca verbalmente criticando los trabajos que realizo con gritos, insultos o groserías									H15
H16. Se me evita o rechaza en el trabajo (evitando el contacto visual, mediante gestos de rechazo o menos precio)									H16
H17. Se ignora mi presencia, por ejemplo, dirigiéndose exclusivamente a terceros (como si no me vieran, no existiera, "ley del hielo")									H17
H18. Se me asignan nuevas tareas sin parar									H18
H19. Me encargan trabajos que requieren experiencias o competencias superiores a las que poseo con la intención de desacreditarme									H19
H20. Se me critica de tal manera en mi trabajo que ya dudo de mi capacidad para hacer bien mis tareas									H20

¿Podrías decirnos si en los últimos 6 meses, en su trabajo principal le han ocurrido algunas de las siguientes situaciones?	(A) ¿Con qué frecuencia le han ocurrido?					(B) En comparación con sus compañeros/as, a usted esto le ocurre...			
	MUY FRECUENTEMENTE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA	Menos que a sus compañeros/as	Igual que a sus compañeros/as	Más que al resto de sus compañeros/as	
H21. No puedo acceder a capacitación o formación									H21
H22. Se bloquean o impiden las oportunidades que tengo de algún ascenso o mejora en el trabajo									H22
<b>Quiénes son los generadores de violencia</b>									
H23. <u>En su mayoría</u> ¿qué persona(s) han sido la(s) causante(s) de las situaciones mencionadas por usted?: superiores, compañeros/as, subordinados/as?									H23
a) Superiores									
b) Compañeros									
c) Usuarios									
<b>Reactivos: violencia externa</b>									
H24. He sido agredido(a) verbalmente por personas ajenas a mi empresa u organización, como clientes, apoderados, pacientes, estudiantes, etc.									H24
H25. He sido agredido(a) físicamente por personas ajenas a mi empresa u organización como clientes, apoderados, pacientes, estudiantes, etc.									H25
H26. He sido objeto de maltrato, humillación, ridiculización, menosprecio, por alguna persona ajena al trabajo como clientes, apoderados, pacientes, estudiantes, etc.									H26